Rok XLVI. Kraków, dnia 26. października 1907. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej [1].

Podał

Dr Z. Radliński.

Sprawa poruszona przezemnie zajmuje dotychczas osobne miejsce w dziedzinie resekcyi jelit. Warunki anatomiczne i swoista częstość schorzeń z jednej strony, a z drugiej wyniki pooperacyjne nadają resekcyi kątnicy odrębne cechy. Wyniki bezpośrednie z lat ostatnich ciągle jeszcze zaszeregowują omawiany zabieg do rzędu zabiegów ciężkich; niezadawalniające wyniki dawniejsze powodowały powstawanie coraz nowych sposobów operacyjnych, dążących do zmniejszenia bezpośredniego niebezpieczeństwa. Obecnie, zdaje się, wyszliśmy poza okres nowych metod, przeciwnie, w szkicu moim przedstawię niejako powrót do pierwotnej zasadniczej idei, do której dodano zastosowanie zdobyczy technicznych i doświadczenia lat ostatnich.

Za bardzo ważny krok naprzód uważam przedewszystkiem stopniowo zmieniający się pogląd na pojęcie o »ciężkiej operacyi« wogóle. Do niedawna na szalę padała zawsze konieczność utrzymywania chorego przez czas krótszy lub dłuższy w uśpieniu. Samo uśpienie (chloroform, eter), szczególnie długotrwałe, może być dla operowanego groźne i doświadczenie osobiste, a także piśmiennictwo chirurgiczne dostarcza wiele przykładów zejścia śmiertelnego w sam dzień lub nazajutrz po trudnym i długotrwałym zabiegu. Przyczynę takich przypadków odnosimy często do nic niemówiącego określenia »zapad«; niejednokrotnie jest to jednak zatrucie środkiem znieczulającym, lub co najmniej, znaczne uszkodzenie organizmu tymi środkami. Nie mówię o t. zw. »późnej śmierci od chloroformu«, która daje się już anatomicznie stwierdzić pod postacią zmian w wątrobie, nerkach i t. d. w postaci stłuszczenia.

Pod wpływem systematycznego stosowania od szeregu lat w klinice krakowskiej znieczulenia lędźwiowego, pojęcie o zabiegu »ciężkim« ulega ograniczeniu. Ciężkie zabiegi trzeba dokonywać przeważnie u chorych osłabionych i wycieńczonych. O ile dla takich właśnie chorych uśpienie samo przedstawiało dawniej poważne niebezpieczeństwo, niebezpieczeństwo z tej strony zdaje się być mniejsze przy znieczuleniu lędźwiowem. Nawet w razie zabiegu bardzo długotrwałego, przy konieczności przedłużenia znieczulenia przez powtórne wstrzyknięcie lędźwiowe, nie widziałem poważnych powikłań.

[1] Rzecz częściowo wygłoszona w sekcyi chirurgicznej X. Zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie, VII. 1907.

Żywo stoi mi w pamięci ogromnie wyniszczony, jak cień wyglądający chłopak, któremu musiano usunąć jedną nerkę, zmienioną nowotworowo wraz ze zmienionymi gruczołami chłonnymi wzdłuż tętnicy głównej, a drugą nerkę naciąć z powodu roponercza i przywrócić drożność przewężonego tuż przy pęcherzu moczowodu. Ten ogromny uraz i dwukrotne wstrzyknięcie lędźwiowe tropokokainy pacyent zniósł nadspodziewanie dobrze, choć zabieg trwał ponad 2 godziny.

O ile dalsze doświadczenia ze znieczuleniem lędźwiowem pozwolą nam pozostać na stanowisku, do którego doprowadziła nas wymowna siła rzeczy, będziemy mogli uważać grozę wielu ciężkich zabiegów w odpowiednim stopniu za zmniejszoną.

Dotyczy to w całej rozciągłości dotychczas tak ciężkiego zabiegu, jak resekcya kątnicy.

W ostatniem dziesięcioleciu zjawiła się dążność wykonywania resekcyi kątnicy i wogóle jelita grubego wieloczasowo. Wymienię tu wieloczasowy sposób Mikulicza, mający szeroki i słuszny rozgłos, oraz mniej znany, ale również na logicznych przesłankach oparty sposób Schloffera. Sposoby te dążyły do tego, aby pomiędzy pierwszym a drugim aktem dać możność choremu odzyskać siły i poprawić swój stan ogólny, przeważnie upośledzony przed pierwszym zabiegiem i nie narażać go jednorazowo na zbyt ciężki zabieg; powtóre, aby wytworzyć dla zabiegu takie warunki, w którychby możliwie najmniejszem było niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej. Niebezpieczeństwo to było istotnie znaczne, ponieważ często wypadało operować na jelitach mało ruchomych, których nie umiano uruchomić, w głębi jamy brzusznej; prócz tego sam rodzaj i ukształtowanie choroby może tu być powodem zakażenia.

Zalecenie zabiegu wieloczasowego chirurgowie powitali bardzo przychylnie i należy przyznać, że wyniki pooperacyjne poprawiły się i że sposoby te w tych lub innych odmianach obecnie jeszcze są rozpowszechnione.

Gdy jednak rozważymy, że przy sposobach wieloczasowych musimy chorego kilkakrotnie poddawać zabiegom, z których każdy sam przez się przedstawia pewne niebezpieczeństwo (w cyfrach wygląda ono dość poważnie — p. niżej), dalej, że przy większości z tych sposobów chory musi przejść przez bardzo uciążliwy okres obarczenia odbytem sztucznym, wreszcie, że się leczenie rozkłada na szeregi tygodni, jeżeli nie miesięcy (przeciętnie 3 miesiące —

Anschütz), to chyba zupełnie usprawiedliwionem będzie dążenie do przywrócenia metodzie jednoczasowej jej dawnych praw. Do walki o te prawa stajemy z dużym zasobem nowych zdobyczy w dziedzinie wykonawstwa chirurgicznego. Jedną z placówek, które tę myśl systematycznie przeprowadzają, stanowi od roku 1900 krakowska klinika chirurgiczna.

Wskazania.

Z chorób, które dają wskazanie do resekcyi kątnicy, na pierwszem miejscu stoją: gruźlica i rak. Na 145 przypadków chirurgicznych schorzeń jelita ślepego, zestawionych przez Macharda (1899), na gruźlicę przypada 63, na nowotwory 53, a tylko 29 na inne sprawy (wgłobienie, przetoki kałowe, nacieki zapalne). W zestawieniu Körtego (1895) na 76 przypadków guzów kątnicy nowotwory i gruźlica dają razem 53, inne schorzenia 23 przypadki. Jak z tego widzimy, najczęściej wypada operować z powodu gruźlicy i raka; mięsak, przeważnie limfatyczny, w grupie nowotworów złośliwych tej okolicy spotyka się rzadko. Do roku 1898 zestawiono 4 przypadki (Krüger, Carrington — cyt. u Conratha); poza tem znajdujemy w piśmiennictwie zaledwie jeszcze parę; jeden spostrzegaliśmy sami.

Gruźlica kątnicy w postaci przewlekłej miejscowej, t. zw. *tumor ileo-coecalis*, stanowi bezwzględne wskazanie do leczenia chirurgicznego. Liczyć na wygojenie sprawy samorodne, lub przy pomocy jakiegokolwiek leczenia środkami leczniczymi lub dyetetycznymi zupełnie nie można. Pomyślne względnie wyniki leczenia zachowawczego gruźlicy innych narządów nie powinny nas w tych przypadkach łudzić. Bez zabiegu nie jesteśmy w możności schorzałemu, owrzodziałemu odcinkowi jelita dać warunków, które są do wyleczenia niezbędne, a mianowicie spokoju i usunięcia drażniącego wpływu krążenia kału. Twierdzenie to znajduje poparcie w badaniach Eisenhardta, Frerichsa, Girode, którzy na wielkiej ilości przypadków stwierdzili, że nie wyżej, jak $2^1/_2{}^0/_0$ przypadków zaznacza skłonność do samorodnego zabliźnienia owrzodzeń jelitowych na tle gruźliczem, i to zaledwie na poszczególnych wrzodach; — zupełnego zabliźnienia wszystkich owrzodzeń nie widziano nigdy (Conrath).

Z drugiej strony siły obronne ustroju, dążąc do odosobnienia ogniska gruźliczego drogą zwykłą, t. j. wytwarzaniem dokoła tkanki łącznej (mówię specyalnie o kątnicy), powodują początkowo zgrubienia ściany, a w następstwie zwężenia.

Jedną z postaci tych zwężeń dobrze, o ile się zdaje, wyjaśnia Busse (36 zjazd chirurgów w Berlinie 1907 r.) w ten sposób, że ognisko gruźlicze (najczęściej podśluzówkowe), dążąc po zniszczeniu warstwy mięsnej pod błonę surowiczą, powoduje jej ściąganie się nad ogniskiem podobne do tego, jakie wytwarzamy sztucznie przy zeszywaniu otworu w ścianie jelita, t. j. drogą zbliżenia i zrastania się zdrowej otrzewnej dokoła ogniska po nad niem; wskutek tego do światła jelita wpukla się coraz większa wyniosłość, aż powstaje zwężenie. Ten sposób powstawania zwężeń objaśnia istnienie wewnątrz resekowanego z powodu gruźlicy odcinka kątniczego jelit wysokich fałdów śluzówki, nieraz w postaci zastawek, na zgrubiałej i nacieczonej ścianie, fałdów, które długością swą (po wyprostowaniu) o wiele przenoszą odpowiedni odcinek otrzewnej jelitowej.

Tak więc na samorodne zagojenie gruźlicy kątnicy żadnych nie ma widoków; pozostawienie sprawy samej sobie prowadzi do rozprzestrzenienia się sprawy, powstania zwężeń, gruźlicy otrzewnej, czasem nawet przedziurawienia jelita do otrzewnej (Hartmann).

Dalej doświadczenie poucza, że w wielu przypadkach, gdzie przy zabiegu operacyjnym zaniechano z jakiegokolwiek powodu postępowania doszczętnego i jelito schorzałe usunięto tylko z pod wpływu krążenia kału, czy to zapomocą okolnego zespolenia jelit (enteroanastomozy), czy którym z innych sposobów wyłączenia, często następowało znaczne, nieraz z zupełnem wyleczeniem graniczące, polepszenie. To jest jedyny typ poniekąd samorodnego wygojenia gruźlicy, jak widzimy, niedosięgalny w warunkach naturalnych, bez operacyi.

Z drugiej strony musimy rozważyć widoki wyleczenia chorego na drodze operacyjnej. Przedewszystkiem usunięciem ogniska choroby zapobiegamy bezpośrednim z niego pochodzącym niebezpieczeństwom, które wyżej wymieniłem. Dalej, o ileby wraz z usunięciem ogniska w kątnicy nie zostały usunięte wszystkie gniazda gruźlicze ustroju, n. p. w razie zajęcia płuc [2]), w każdym razie, jak poucza doświadczenie kliniczne, wytężone ku walce z kilku ogniskami siły ustroju, po usunięciu jednego z wielkich ognisk, z pozostałemi prowadzą walkę znacznie skuteczniejszą z widokami zupełnego nawet wyleczenia i nieraz widzimy, jak wycieńczeni chorzy po zabiegu szybko wracają do sił i nabierają wyglądu niemal kwitnącego.

Kątnica i koniec jelita biodrowego stanowią ulubione umiejscowienie gruźlicy. Fenwick i Dodwell stwierdzili, że w przypadkach gruźlicy jelit tylko w $15^0/_0$ nie ma jej w kątnicy, natomiast prawie w $10^0/_0$ ma ona w kątnicy wyłączne umiejscowienie. Dalej wiemy, że gruźlica umiejscowiwszy się w kątnicy, przez czas dłuższy nie posuwa się na dalsze odcinki jelit. Daje ona tu nawet swoisty obraz kliniczny gruźlicy przewlekłej umiejscowionej. Hartman odróżnia 2 odmiany tej postaci, dającej obraz guza kątnicy, mianowicie jelitowo-otrzewną z wytworzeniem guza przeważnie utworzonego przez zrosty, zgrubienia, zserowacenia i nacieki otrzewnej, i odmianę przerostową z powstawaniem nacieku i zgrubienia w samej ścianie kątnicy, przy zachowaniu jej prawidłowych lub niewiele rozszerzonych konturów. Dopóki umiejscowienie sprawy w jelitach ogranicza się do kątnicy i jej najbliższego otoczenia, dopóty mamy możność wyleczenia doszczętnego. Jeżeli uwzględnimy, że chorzy wskutek powolnego i podstępnego przebiegu cierpienia i niewyraźnych na ogół objawów, przeważnie późno zgłaszają się do chirurga i to wtedy, kiedy albo sami już guz w dole biodrowym wyczuli, albo w czasie lub po przebyciu napadu z powodu zwężenia jelita, musimy względem takich chorych odrazu zająć pozycyę stanowczą i doradzać zabieg bez zwłoki. W przeciwnym razie łatwo możemy przeoczyć chwilę, gdy zabieg może być jeszcze doszczętnym i wyleczenie zupełnem i skazujemy chorego na długie męczarnie, w przebiegu których objawy zwężenia lub zupełnej niedrożności zmuszą nas w końcu do niesienia ulgi choremu operacyami paliatywnemi. Wspomnia-

---

[2]) Gruźlica jelit przeważnie stanowi schorzenie, towarzyszące gruźlicy płuc, i powstaje na drodze zakażenia przez połykanie wydzieliny płucnej.

łem wprawdzie wyżej, że przy gruźlicy zabieg paliatywny również czasem daje wynik pomyślny i znaczne polepszenie, nie może on jednak współzawodniczyć z zabiegiem doszczętnym.

Śmiertelność bezpośrednia po resekcyi kątnicy gruźliczej wynosi podług Körtego 13,6%, podług Conratha 16,7%, podług Macharda — 22,5% W najnowszem z większych zestawień szczegółowych (Brunner 1907), obejmujących lata 1883—1904, widzimy na 125 przyp. — 24 zejścia śmiertelne (20%). Hartman (1907) podaje ogólnikowo śmiertelność po r. 1900 na 12%. Co do cyfr przytoczonych (z wyjątkiem Hartmana) zaznaczyć muszę, że zestawieniami temi są objęte również lata dawne, mające wogóle dla chirurgii brzusznej wyższe odsetki śmiertelności. Na ogół więc resekcyę kątnicy gruźliczej uważać możemy za zabieg niezbyt niebezpieczny, co stanowi pomyślną okoliczność zwłaszcza, że jest on bezwarunkowo konieczny.

Wyniki ostateczne, zupełne wyleczenie bez nawrotu choroby przy gruźlicy pozwalają dane Macharda określić po resekcyi kątnicy na 61,9%. Dane Conratha pozwalają wyprowadzić cyfrę 43%, przyczem nie wyosobnione są przypadki samej resekcyi, a obliczone wszystkie dokonane zabiegi operacyjne; tę ostatnią cyfrę obniżają zatem przypadki, operowane w późnych i ciężkich okresach choroby sposobami paljatywnymi. Widzimy, że ostateczne wyniki w stosunku do beznadziejnego losu chorych nie operowanych są zachęcające. (C. d. n.)

Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych.

Podał

Władysław Janowski

Docent Akademii i ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warszawskiem dnia 24. września 1907).

(Ciąg dalszy.)

We wszystkich tych przypadkach PD stanowiło 20%—35% całkowitego ciśnienia krwi (Mx), opadając do 12% (w 3 przypadkach) tylko przy wyjątkowo ciężkim stanie chorych, co do których, naturalnie, nie są wykluczone błędy techniczne przy określaniu PD.

Z różnych wad serca zachowanie się PD jest znamienne tylko dla niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Mianowicie przy tej wadzie spotykałem w 11 przypadkach PD od 60 do 132 mm Hg, tylko 2 razy 50, resp. 54 mm Hg, a tylko raz 40 mm Hg, i to tylko chwilowo przy ciężkiem niewyrównaniu. Muszę więc twierdzić, zgodnie ze zdaniem Strasburgera (66), Fellnera (16, 17), Janewaya (31) F. Klemperera (37) i Fleischera (18), że znaczna wysokość PD jest dla niedomykalności zastawek tętnicy głównej cechującą. W stosunku do Mx przy tej wadzie PD wahało się w moim materyale w granicach od 42% do 66%. Tak znaczna wielkość PD przy niedomykalności zastawek aorty zależy z jednej strony od przerostu lewego serca, wyrzucającego podczas swego skurczu ilość krwi bardzo dużą, mianowicie powiększoną o tę, która wraca do komory serca podczas rozkurczu (Hensen), z drugiej zaś strony — od ułatwionego dośrodkowo odpływu krwi.

Znaczny przerost serca przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej jest też powodem, dla którego przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej znajdujemy znaczne powiększenie nietylko PD, lecz i Mx. Z moich 14 spostrzeżeń w 7 przypadkach, dotyczących osobników, liczących lat 15 do 39, bez widocznego stwardnienia naczyń, znajdowałem Mx powyżej normy, a mianowicie 2 razy po 160 mm, w pozostałych zaś 172 do 208 mm. Zgadza się to z danemi innych autorów, mianowicie Cyplajewa (11), Janewaya (31), który znajdywał przy tem cierpieniu Mx = 155 do 260, Hensena (25) — 170 do 235 mm (w 9 przyp. z 15) i Fellnera (16, 17). Ten znaczny wysiłek serca przy omawianej wadzie jest zapewne powodem, dla którego spotykałem przy niej dość często tętno nierówne (*pulsus inaequalis*), dające się stwierdzić zarówno na krzywej sfigmograficznej, jak i przy określeniu ciśnienia krwi. Tonometr Gaertnera stwierdzał w moich przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej ciśnienie powyżej normy tylko 2 razy przy wysokiem Mx, a mianowicie PG = 135 przy Mx 160 i PG 170 przy Mx 203, oraz 2 razy przy Mx w granicach normy, mianowicie PG 150 przy Mx 112 i PG 130 przy Mx 130. Jest to łatwo zrozumiałe: wobec ułatwionego odpływu krwi dośrodkowego istnieją wszelkie warunki dla utrzymania PG w granicach normy nawet przy wzmożonej pracy serca. Jednakże PG poniżej normy w żadnym ze swoich przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej nie spostrzegałem.

Z pozostałych wad serca nie stwierdziłem przy żadnej nic znamiennego dla Mx, PD ani PG. Zachowanie się tych wielkości zależało tylko od stanu krążenia w danej chwili, oraz od stopnia przerostu lewej komory serca, temu zaś przerostowi towarzyszy powiększenie PD, a często i Mx. To samo dotyczyło nawet 2 przypadków zwężenia ujścia tętnicy głównej, czystego oraz złączonego z niedomykalnością jej zastawek.

Co do szybkości tętna, to dla zoryentowania się w niej używam z powodów, które w innej pracy (32) omówiłem, obliczania jej współczynnika. Obliczam go obecnie podług średniej geometrycznej z przeciętnej szybkości wznoszenia się tętna $\frac{PD}{TAP}$, oraz przeciętnej szybkości jego opadania $\frac{PD}{TDP}$

Czyli $CCP = \sqrt{\frac{PD^2}{TAP \cdot TDP}}$ [4]). Otrzymane przytem liczby wiodą do zupełnie tych samych wniosków, które w tylko co przytoczonej swej pracy (32) podałem, ale są mniejsze, więc bardziej do siebie zbliżone. W dotychczasowym moim materyale, dotyczącym zdrowych, CCP waha się w granicach od 1,5 do 3.8, zależąc, jak widać ze wzoru, głównie od wielkości PD, mniej, ale wyraźnie, od TAP, a najmniej od TDP.

Otóż co się tyczy chorych na serce, to, z wyjątkiem cierpiących na niedomykalność zastawek tętnicy głównej, w ich CCP nie ma równie nic znamiennego, jak w Mx, PD oraz PG. Szybkość tętna waha się tu w każdym przypadku

[4]) TAP — czas wstępowania tętna, TDP — czas opadania tętna.

w zależności od tego, czy i w jakim kierunku zmienia się PD i TAP. Przy wyjątkowo małem PD znajdywałem w niewyrównaniach serca CCP poniżej normy: 1,3, a nawet 1, 1. Przeciwnie, w przypadkach, w których wadę serca lub zapalenie jego mięśnia spotykałem u chorych z sercem przerosłem, a więc najczęściej z powiększonem PD, (głównie towarzyszącem stwardnieniu naczyń) stwierdzałem znaczne powiększenie CCP, nawet podczas niewyrównania serca. Np. spotykałem przytem CCP = 6,9 przy TAP = 0,06 sek. i PD = 60 mm, lub CCP = 6,7 przy TAP = 0,08 sek. i PD = 85 mm. a nawet raz (*insuff. v. mitr.*) CCP = 7,6 przy PD = 70 mm i TAP = 0,055 sek. Słowem, z wielkości CCP, taksamo i z wielkości Mx i PD, nie można nic wnosić ani rodzaju wady serca, ani o stanie krążenia w danej chwili. Wyjątek stanowi niedomykalność zastawek tętnicy głównej, przy której, po za przypadkami bardzo daleko posuniętego niewyrównania, wywołującego znaczny spadek PD, CCP jest zazwyczaj powyżej normy' dochodząc do liczb, których, dotąd przynajmniej, przy żadnem innem cierpieniu nie spotykałem. W dotychczasowych mych przypadkach niedomykalności zastawek aorty CCP był tylko raz (przy daleko posuniętem niewyrównaniu) normalny (3,4). Zresztą zaś był zawsze ponad normę, dochodząc do 14,9; 17,5; 19,3, a raz nawet do 22,0. Sądzę nawet, że liczby ponad 14 mogę uważać za cechujące dla niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Na tak znaczną ich wielkość przy tem cierpieniu składają się, jak pisałem (32), znaczne PD oraz bardzo małe TAP.

2. Przechodzę do cierpień naczyń. Zaliczam do nich:

a) 50 przypadków stwardnienia naczyń.

Co się tyczy przedewszystkiem Mx, to w 18 przypadkach znajdywałem je przy stwardnieniu tętnic stale w granicach normy, t. j. poniżej 140 mm Hg. Z tych 11 dotyczyło chorych, którzy przebyli w szpitalu niewyrównanie serca, po którego ustąpieniu jednak Mx normy nigdy nie przekroczyło. Z pozostałych przypadków w 14 Mx wahało się w granicach od 146 do 180; z tych 14 chorych trzech przybyło do szpitala z objawami daleko posuniętego niewyrównania serca. U 7 chorych (z nich dwóch z niewyrównaniem) Mx wahało się pomiędzy 182 mm i 200 mm, a u jednego od 210—248 mm Hg.

W 14 przypadkach przekonałem się, że niewyrównanie wpływać może chwilowo na znaczne obniżenie Mx. Po jej ustąpieniu Mx podnosić się może o 40 i więcej milimetrów. Nadto odniosłem wrażenie, że właśnie ci z chorych na stwardnienie tętnic, którzy mają Mx w granicach normy, łatwiej zapadają na niewyrównanie serca. Przynajmniej z 16 chorych na stwardnienie tętnic, którzy przebywali na moim oddziale niewyrównanie serca, aż 11 miało, po zupełnem uregulowaniu ich krążenia, Mx poniżej 140 mm Hg. Zjawisko to wydaje się paradoksalnem, gdyż przy mniejszem Mx serce powinnoby łatwiej swemu zadaniu podołać. Być może jednak, że są to właśnie przypadki, w których stan mięśnia sercowego jest już taki, że nie może on utrzymać Mx na należytej wysokości, jak to przypuszczali już Sasaparel (61) oraz Geisboeck (21). Twierdzić jednak tego stanowczo nie mogę, gdyż materyał mój jest zbyt mały. Upoważnia mnie on jednak do przyłączenia się do zdania tych autorów (Masing, Romberg, Bittorf, Sawada, Broecking, Muenzer), którzy twierdzą, że pewna część przypadków stwardnienia tętnic, jak w moim materyale 36%, przebiegać może bez wzmożenia ciśnienia krwi i że dotyczyć to może nawet takich przypadków, w których stwardnienie i wężykowatość tętnic są dla gołego oka bardzo widoczne.

Po za tem godzić się muszę, na zasadzie pozostałych swoich przypadków, ze zdaniem innych autorów (Potain, Huchard, Hensen, Bittorf, Schuele, v. Schroetter, Sasaparel, Cyplajew i wielu innych), że podniesienie Mx jest jedną z ważniejszych cech stwardnienia naczyń, o ile, obok pni obwodowych, zajmuje ono i gałązki trzewne. Dla takich przypadków podniesienie ciśnienia krwi może być, jak słusznie twierdzą Potain i inni, jednym z ważniejszych objawów, pozwalających na wczesne rozpoznanie stwardnienia naczyń. Ażeby jednak podniesienie Mx stawiać w podobnych przypadkach napewno w związku ze stwardnieniem tętnic, trzeba w nich zawsze przed tem wyłączyć możliwy wpływ znacznych zastojów na Mx (Hochdruckstauung). Wiadomo bowiem (Sahli, Fellner, Raab oraz inni), że znaczne zastoje wywoływać mogą u osobników starszych wysokie Mx (do 200 i wyżej) i PG (do 160), które po poprawie stanu krążenia spadają o 50 mm Hg i więcej, dowodząc najlepiej, że nie zależały od stałych zmian w naczyniach.

O ile cierpiały jednocześnie nerki (*nephritis arteriosclerotica*), to Mx było w moich 9 należących tu przypadkach stale bardzo wysokie, wahając się od 180 do 250 mm i wyżej, i opadając tylko w jednym przypadku czasowo do 170. Tylko w jednym podobnym przypadku Mx wahało się od 110 do 164. Chory ten miał jednak jednocześnie objawy daleko posuniętego zapalenia mięśnia sercowego.

Nadto liczbom, otrzymywanym dla Mx przy stwardnieniu tętnic, nie można nadawać znaczenia, jako określającym ciśnienie krwi w całym układzie krążenia, z dwóch powodów. Po pierwsze na wysokość podlegającego określeniu ciśnienia krwi wpływa niewątpliwie stopień zmian we własnościach fizycznych samej tętnicy ramieniowej, na której owo ciśnienie określamy, od których to zmian zmiany w innych tętnicach mogą się bardzo różnić. Po drugie, właśnie przy stwardnieniu tętnic zdarza się stosunkowo często niemiarowość tętna, w wysokim stopniu przeszkadzająca dokładnemu określeniu Mx, jak i PD. Przekonałem się mianowicie na swoim materyale, że w podobnych przypadkach ciśnienie krwi może się wahać dla poszczególnych fal w granicach od 10 do 40 mm Hg, co całą wartość praktyczną porównawczych określeń Mx i PD w ciągu szeregu dni w poszczególnych przypadkach oraz przy zestawieniu tych danych z liczbami, otrzymanemi dla innych przypadków, unicestwia. Na okoliczność tę zwracali słusznie już przed tem uwagę Hensen i Fellner[5]).

Co się tyczy PD, to zachowuje się ono przy stwardnieniu tętnic rozmaicie, głównie w zależności od fizycznego stanu naczyń, od stopnia ich kurczu, dalej od stopnia przerostu lewej komory serca, oraz ewentualnie od stopnia niewyrównania serca. Stosunkowo najwyższem było

[5]) Ten brak w dotychczasowych metodach badania został usunięty w opisanym w najświeższym czasie (10/IX) przez Münzera (47 a) turgosfigmografie, pozwalającym na dokładne zapisywanie przedmiotowe wahań w ciśnieniu nawet bardzo niemiarowego tętna.

ono (72 do 118 mm Hg) przy cierpieniu nerek na tle stwardnienia, jak to w ostatnich czasach spostrzegał i Fleischer (18). Co do stosunku PD do Mx w ostatnim przypadku, to zachodzą tu wszystkie, wyżej przy chorobach serca omówione kombinacye. Wynika stąd, że kierunek, w którym zmienia się PD, bynajmniej nie przesądza, czy i w jakim stopniu zmienia się działalność serca. Podkreślam to z naciskiem, gdyż wniosek ten z rozpatrzenia moich 50 przypadków stwardnienia naczyń zupełnie stanowczo wypływa. Granica wahań w PD wynosiła w moim materyale od 29 do 118 mm, przyczem liczby 100 i 110 otrzymywałem kilkakrotnie u 4 chorych, u których dowodów jednoczesnego cierpienia nerek nie było. W jednym zaś takim przypadku PD wynosiło w ciągu kilku tygodni z rzędu 105 do 118 mm Hg. Przy jakiej wysokości PD i Mx dany osobnik będzie się czuł najlepiej, to daje się ustalić dopiero po dłuższym nadzorze. Jedni bowiem chorzy, dotknięci stwardnieniem tętnic, czują się dobrze przy spadku Mx i PD, drudzy — przy ich podniesieniu, i to n. p. przy Mx około 180. Okoliczność tę słusznie, zdaniem mojem, podkreśla w swojej ostatniej pracy Bittorf (6).

Co się tyczy zachowania się PG, to z 24 przypadków stwardnienia naczyń, nie powikłanych ani zaburzeniami sprawności serca, ani zapaleniem nerek, PG było powyżej normy tylko w 4 przypadkach (średnio 138, 138, 140 i 185). Przy niewyrównaniu serca (16 przyp.) PG było tylko raz nieco powyżej normy (135 Hg). Z 10 zaś przypadków, powikłanych zapaleniem nerek, w 5 PG przekraczało znacznie normę, wahając się w granicach od 160 do 250 mm. Pod względem więc zachowania się PG przy stwardnieniu naczyń wogóle doświadczenie moje rozbiega się zupełnie z doświadczeniem Dunina (8), który u 80% swoich chorych znalazł PG podniesione, gdy natomiast w moim materyale stosunek ten nie przekraczał 20%. Zależeć to może od bardzo znacznej różnicy pomiędzy materyałem przychodnim domowym, a szpitalnym, oraz od dogodniejszych w ostatnim przypadku warunków spokoju, niezbędnych dla badania.

Poruszywszy wielkość PG przy stwardnieniu naczyń, muszę podkreślić tu ważność porównywania w każdym takim przypadku PG i PRr, na co z takim naciskiem zwrócił uwagę w swojej pięknej pracy Sihle (65), którego wnioski mogę na zasadzie swego materyału potwierdzić. Normalnie różnica pomiędzy PRr i PG wynosiła w moim materyale 20 do 50 mm, podług Sihle wynosi ona zaś 30 do 40 mm. Otóż w wieku późniejszym różnica ta się powiększa. W 12 moich przypadkach stwardnienia tętnic różnica pomiędzy PRr i PG wynosiła 58—95 mm, co dowodzi, że w drodze od tętnicy ramieniowej do palcowej opór dla krążenia był zwiększony. Sihle spostrzegał podobnych przypadków 18, przyczem różnica PRr — PG wahała się od 60—120 mm. Zdarzają się przypadki (spostrzegałem ich 4), w których, pomimo daleko posuniętego stwardnienia tętnic, PG jest poniżej normy, wahając się, jak w moich przypadkach, w granicach od 64—76 mm. Różnica PRr — PG może być wtedy bardzo wielka, jak w moich spostrzeżeniach 64—82 mm. O takich przypadkach Sihle sądzi, że, o ile pomimo takiego oporu od tętnicy ramieniowej do palcowej, PRr waha się jednak w granicach normy, to należy przypuszczać, że siła serca jest zmniejszona. Fakt, że zdarzają się przypadki z wysokiem PRr przy jednocześnie nizkiem PG, powinien być ostrzeżeniem, aby z samego zachowania się PG żadnych wniosków o stopniu stwardnienia tętnic wogóle nie wysnuwać. Chory może bowiem mieć zmniejszone PG, wskutek tego, że odpływ krwi w drogach najbardziej obwodowych jest jeszcze swobodny, a mimo to może być dotknięty znacznem stwardnieniem naczyń wyżej położonych, wskutek czego różnica PRr — PG będzie powiększona. Rokowanie jednak w takich przypadkach jest dla chorych również niepomyślne. Jak bowiem słusznie twierdzi Sihle, bez względu na to, jakiej będziemy się trzymać teoryi powstawania stwardnienia tętnic (Thomy czy Hucharda), dłuższe nadużywanie pracy naczyniowej, widoczne ze znacznej różnicy PRr — PG, usposabia naczynia bądź co bądź do dalszego posuwania się w nich stwardnienia. Jeżeli stwardnienie naczyń usadowi się w drobnych naczyniach, wtedy zarówno PRr, jak i PG mogą być wysokie, a różnice między niemi stosunkowo małe (np. PRr 210 a PG 183) lub nawet wcale nie istnieć (np. PRr i PG powyżej 250), na co również zwracał już uwagę Sihle. Po za takimi jednak przypadkami należy, zgodnie ze zdaniem Sihlego, uważać znaczną różnicę pomiędzy PRr i PG za cechującą dla stwardnienia tętnic. Maleje ona czasowo tylko przy osłabieniu serca, przy którem zastoje w naczyniach włosowatych i żyłach mogą (ale nie zawsze!) powiększać PG, gdy PRr natomiast spada. Nadmienię w końcu, że podług Sihlego, różnica PRr — PG może szczególnie wzrastać na szczycie napadu dusznicy bolesnej, dochodząc wtedy nawet do 120 (PRr 260 a PG 140), gdy natomiast po za napadem wynosiła u tego samego chorego daleko mniej. Wogóle zaś znaczna część przypadków dusznicy bolesnej przebiegać może po za napadami bez podniesienia ciśnienia krwi, prawdopodobnie, jak wspominałem powyżej, wskutek gorszych warunków odżywiania mięśnia sercowego. Że zaś w samym napadzie dusznicy bolesnej samo Mx znacznie się podnosi, na to zwracali już przed tem uwagę między innymi Kuelbs (42), Geisboeck (21).

Co się tyczy szybkości tętna przy stwardnieniu naczyń, to nie jest ona bynajmniej zmniejszona, jakby to według dawnych twierdzeń o rzekomo wolnem tętnie przy tem cierpieniu sądzić można. Mianowicie z moich przypadków zaledwie tylko w jednym współczynnik szybkości tętna wynosił 1,2. Z pozostałych w 20 przypadkach CCP wahał się w granicach normy (1,7—3,8), w innych zaś, a więc prawie w 60% ogólnego mego materyału, współczynnik szybkości tętna normę mniej lub więcej przewyższał, dochodząc, w miarę wyżej omówionego powiększania się PD, do 8,6, 9,9, a raz nawet, wskutek jednoczesnego zmniejszenia się TAP do 0,035 sek. (pomimo że na krzywej tętno wyglądało właśnie, jako »wolne«), współczynnik szybkości tętna wyniósł, przy PD = 85 mm, aż 11,3.

b) Co do choroby Basedowa, to spostrzegałem tylko 4 przypadki tego cierpienia. Wszystkie dotyczyły kobiet 20—30-letnich. Znajdowałem przytem Mx 3 razy pomiędzy 129 a 141 mm, przy PD pomiędzy 42 a 60 mm, a raz tylko Mx wyniosło 160 mm, przy PD 66. W dwóch z pierwszych 3 wypadków PG wahało się od 70 do 77 mm, w jednym zaś wynosiło średnio 87. W przypadku zaś o Mx = 160, PG wynosiło 105. Różnica PRr — PG wy-

hała się w granicach od 55 do 66; była więc znaczna. Współczynnik szybkości tętna wahał się od 5,6 do 10,3. Na wielkość jego wpływały tu nietylko znaczniejsze PD, ale nadto małe TAP i, w pewnym stopniu, znaczne zmniejszenie się TDP wskutek przyśpieszenia tętna. Z innych autorów Moebius (45) znalazł w 2 przypadkach PG nieznaczne; Muenzer (47) stwierdził nieznaczne PG (55—110) w 4 spostrzeżeniach, przy różnicy PRr — PG w jednym przypadku = 55. Gross-Hensen (24) zbadali 7 przypadków, z których 5 typowych. Sądzą oni, że w typowych Mx bywa, chociażby czasowo, wzmożone, i że zależy to zarówno od wzmożonej pracy serca, jak i od przemijających kurczów naczyń obwodowych. Stale spostrzegał znaczne podniesienie Mx przy tem cierpieniu tylko F. Klemperer (37), w którego przypadkach Mx wahało się w granicach od 188 do 216 ctm. wody, przy PD od 62 do 104. — Jak widzimy, różnice w zdaniu tych kilku autorów, którzy przypadki choroby Basedowa badali, są znaczne. Tak też być musiało, gdyż wskutek nader żywej gry nerwów naczynioruchomych przy tem cierpieniu, wpływającej na ciągłą zmianę Mx i PD, trudno się było spodziewać jednolitości w wynikach badania. Jedno tylko wydaje się być faktem stałym, który dał się zresztą z góry przewidzieć, że wskutek ułatwionego odpływu krwi ku obwodowi choroba Basedowa cechuje się wysokiem PD, a nadto znacznym CCP wskutek zbiegania się wyżej omówionych trzech okoliczności. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

R. Blumenthal. **O niedokrwistości aplastycznej.** (*Deutsches Arch. f. klin. Med.* 1907, T. 90, Z. 1—2). Do nadzwyczajnych wyjątków należą przypadki niedokrwistości aplastycznej, t. j. takiej, w której nie napotykamy odczynu ze strony formuły krwi, a przytem stwierdza się zupełną aplazyę narządu krwiotwórczego. Dlatego ciekawym przyczynkiem jest przypadek podany przez autora: kobieta 42-letnia, przedtem zawsze zdrowa, zaczyna zwolna podupadać na siłach, dostaje duszności, obrzęków na nogach, a potem zauważa na całem ciele rumień. Stan ogólny z dnia na dzień się pogarsza, zjawiają się w końcu liczne krwotoki (nosowe, maciczne i na siatkówce) i chora ginie wśród objawów najcięższej niedokrwistości. Hemoglobiny było 20 prc., krwinek czerwonych 890.000 i 3400 białych (24 prc. wielojądrzastych neutrofilnych i eozynofilnych, 70 prc. wielkich i małych limfocytów i 60 prc. bazofilnych myelocytów). Poikilocytoza wybitna, mikro- i makrocyty, zupełny brak jednak krwinek czerwonych jądrzastych. Szpik kostny zupełnie żółty (tłuszczowy) zawierał prawie wyłącznie limfocyty, i tu i owdzie myelocyta o drobnej zasadochłonnej metachromatycznej ziarninie, które autor uważa za komórki macierzyste wszelakich myelocytów. Myelocytów, ani krwinek czerwonych jądrzastych autor w szpiku nie znalazł. Śledziona i gruczoły, prawidłowej wielkości, okazywały zanik grudek limfatycznych. — Rozpoznanie tej postaci niedokrwistości za życia jest zatem możliwe. Gdy bowiem w innych odmianach ciężkiej niedokrwistości odczyn szpiku kostnego objawia się we krwi obecnością krwinek czerwonych jądrzastych z neutrofilią i myelocytozą, to w tej odmianie formuła hematologiczna okazuje brak zarówno zwyrodnienia, jak i odradzania się krwinek czerwonych i leukopenię z limfocytozą, formuła hematologiczna idzie w parze ze stanem szpiku kostnego. — Co się tyczy przyczyny tej odmiany niedokrwistości, to autor, opierając się na przypadku niedokrwistości kilowej, dopatruje się jej w jakimś czynniku toksycznym, który upośledza odżywianie się szpiku kostnego i przeszkadza jego odczynowi. *Stahr.*

N. Schneider. **Krew w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, u chorego na** ***polycythaemia myelopathica,*** **po wycięciu śledziony.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 27). Mężczyźnie 51 letniemu, cierpiącemu na *polycythaemia myelopathica,* wycięto śledzionę; po operacyi obraz krwi, który wskazuje na wzmożoną czynność szpiku kostnego nie zmienił się: krwinki czerwone jądrzaste, ilość krwinek białych 18.000. — Chory zapada na zapalenie płuc włóknikowe; ilość krwinek białych, która w pierwszym dniu zapalenia płuc zwiększyła się do 70.000, spada w każdym dniu choroby, aż do dnia, w którym sprawa zapalna w płucach zaczęła ustępować; w dniu tym ilość krwinek białych wynosiła 8000; odtąd w miarę zdrowienia ilość krwinek białych znowu się zwiększa i dochodzi liczby 33.400, na której się już utrzymuje. Leukocytoza, występująca przy zapaleniu włóknikowem, utrzymuje się zwykle na tym samym stopniu aż do dnia przesilenia, odmienne zaś zachowanie się krwi w swoim przypadku, (początek choroby zaznaczył się zwiększeniem, dalszy przebieg zmniejszeniem się ilości krwinek), uważa S. nie tyle za następstwo braku śledziony, ile za wyraz niedomogi schorzałego szpiku kostnego w warunkach wzmożonej pracy dla narządów krwiotwórczych, jakie stwarza choroba zakaźna. *J. Kostrzewski.*

Troisfontaines. **O nieszkodliwości dużych dawek strychniny.** (*Révue de médecine* 1907, Nr 6). Autor wykazuje, że dawka dzienna w ilości 2—3 centigramów strychniny nie stanowi dla osobnika dorosłego żadnego niebezpieczeństwa, że nie zachodzi przytem obawa działania zbiorowego nawet przy najgorszym stanie nerek. Zwłaszcza nie potrzebujemy się obawiać podawania większych dawek strychniny, jeśli dla uniknięcia skutków nawet ewentualnej idyosynkrazyi zaczynamy od dawek mniejszych. Jako taką dawkę małą uważa autor 3—4 miligramów strychniny na dawkę, a 1½ centygrama jako całodzienną ilość. W wypadkach nagłych, przy wskazaniu życiowem, nie waha się on stosować odrazu podskórnie 5—10 miligramów siarkanu, albo azotanu strychniny, powtarzając ją nawet w ciągu 24 godzin kilkakrotnie, aż do całkowitej dawki 2—3 centigramów, rzadziej nawet do 3½ i czterech centigramów. T., który jest profesorem uniwersytetu w Liège, stosował od lat dwudziestu bardzo często powyższe leczenie bez żadnych złych skutków. Profesor Francotte stosował w leczeniu alkoholizmu wyższe dawki, aniżeli autor, z korzyścią dla chorych. Autor stosuje z dobrym wynikiem strychninę w następujących stanach chorobowych: moczówka prosta i cukrowa, pewne porażenia, udar słoneczny, łuszczyca, gruźlica płuc, wstrząs chirurgiczny, alkoholizm ostry i przewlekły, oraz wyzdrawianie i stany osłabienia. W końcu opisuje T. objawy nieznacznego przejściowego otrucia, które sam przechodził, oraz jedna z jego chorych po zażyciu na raz czterech centigramów siarkanu strychniny, wydanych przez aptekarza przez pomyłkę zamiast przepisanych trzech miligramów. Nadto opisuje przypadki Hällstroma, Habla i Greena, w których wystąpiło otrucie strychniną po zażyciu 33 centigramów (u dziecka 2½-letniego), 18 centigramów, oraz 3½ gramów alkaloidu, a w których udało się chorych ocalić od śmierci. *Dr Blassberg.*

Hornowski. **Przyczynek do rzekomej niedokrwistości.** (*Nowiny lekarskie* 1907, Nr 7). Autor obserwował ośm chorych, które skarżyły się na bicie serca, pocenie się, uczucie zmęczenia, a szczególniej na bezsenność, brak apetytu, ból w dołyszku, uczucie zimna, oraz bole głowy. Przedmiotowo na pierwszy plan występowały w obrazie chorobowym bladość powłok zewnętrznych, oraz śluzówek, prawie zniesiona dermatografia, wiotkość mięśni i zmniejszenie siły mięśniowej, oddech przyspieszony, tętno miękkie, łatwo uciskalne, również przyspieszone, w moczu zwiększone fosforany. W etyologii można było zawsze stwierdzić silne wrażenia nerwowe, często chorobę zakaźną, a bardzo często samogwałt uprawiany przez lat kilka. W przypadkach tych na zasadzie wyglądania chorych, oraz ich skarg lekarze stawiali błędne rozpoznanie blednicy lub niedokrwistości i w tym kierunku stosowali bezskutecznie zabiegi lecznicze. Przy dokładnem badaniu krwi u tych chorych H. znajdował stosunki zupełnie prawidłowe, a zabiegami leczniczymi uwzględniającymi istotę cierpienia, to jest wyczerpanie układu nerwowego, osiągał szybki powrót do zdrowia. *Dr Blassberg.*

Chłapowski. **Dwie nowe metody mające życie przedłużać.** (*Nowiny lekarskie* 1907, Nr 7—8). Jedną z nich jest metoda Miecznikowa stosowania kwaśnego mleka, przyrządzonego z mleka przegotowanego, zaczynionego czystemi hodowlami drobnoustrojów fermentacyi mleka. Fermentacya mleczna, powstrzymując gnicie w jelitach ludzkich, tem samem przedłużałaby życie ludzkie, które według Miecznikowa bywa skracane przez wytwory gnicia, wytwarzające się w kiszce grubej, jak indol, fenol, skatol i etero-siarkany. Metodę tę, którą w osta-

tnich czasach nawet sam Miecznikow uważa tylko jako dobry sposób odżywczy przy cierpieniach kiszek i nerek, bynajmniej nie polecając jej jako środka przeciw starości, przedsiębiorcy reklamują i wyzyskują w praktyce w celach zysku. Wszelako według Chłapowskiego produkty te (sprzedawane) nie są zaczynami czystymi, lecz zawierają dużą domieszkę innych bakteryi mlecznych, oraz drożdży.

Z większem jeszcze niedowierzaniem należy się, według Ch. zapatrywać na inny pomysł paryski, mający przedłużać życie, zwalczając zmiany starcze w tętnicach zapomocą prądu zmiennego o wysokiem napięciu i o bardzo częstych, pół miliona i wyżej na sekundę wynoszących przerwach, czyli fazach, t. j. od zastosowania t. zw. d'Arsonvalizacyi przeciwko nadmiernemu parciu krwi i pochodzącemu z tego według teoryi Hucharda zwapnieniu tętnic. Metodę tę, którą propagował lekarz paryski Montier, skrytykowali kategorycznie Vidal i Vaquez jako opartą na błędnych spostrzeżeniach i reklamowaną wyłącznie w celach zysku. *Dr Blassberg.*

Paweł Delbet. **Pozorne zamknięcie jelit na tle mocznicy.** (*Presse médicale* 1907, Nr 68). O zaburzeniach żołądkowych powodowanych mocznicą, piszą różni autorowie, zaś z zaburzeń jelitowych notują tylko biegunkę czasami krwawą. Autor na podstawie 3 przypadków z praktyki zwraca uwagę na zaparcie czasami nadzwyczajnie uporczywe, które ze względu, że równoczesna mocznica może powodować zaburzenia żołądkowe, obniżenie ciepłoty ciała i zwolnienie tętna, można łatwo pomieniać z zamknięciem jelita prawdziwem. Autor kończy pracę swą następującem rozpoznaniem różniczkowem: Zamknięcie prawdziwe zaczyna się zwykle nagle, chory narzeka na bole i ciągłe parcie. Zamknięcie pozorne zapowiadają różne zwiastuny dłuższy czas, najczęściej biegunka naprzemian z zaparciem, od pewnego dnia powstaje uporczywe zaparcie, pozorujące zamknięcie jelit. Zamknięciu prawdziwemu towarzyszy gwałtowne wzdęcie brzucha i wśród napadów kolki rysują się pętle jelitowe przez powłoki brzuszne, zaś wśród mocznicy wzdęcie jest mierne, chory niema kolki i nigdy nie stawiają się pętle jelit. W pierwszem zamknięciu są wymioty treścią pokarmową, które zwykle ustają przynajmniej z początku, kiedy choremu przestanie się podawać jadło, a dopiero potem wymiociny są żółciowe i kałowe. Wymioty te zjawiają się po kolce i powodują ulgę. Natomiast wymioty wśród zamknięcia jelit pozornego mają cechy wymiotów mocznicowych: nie mają żadnego związku z jedzeniem, treść wyrzucona staje się prędko śluzową lub śluzowo-żółciową, a wymioty nie mają związku z kolką jelitową. Nigdy niema wymiotów kałowych. Najważniejszym objawem jest naturalnie białkomocz i inne objawy przewlekłego zapalenia nerek. Leczenie tego zaparcia polega na leczeniu mocznicy. *Stahr.*

Blumberg. **Nowy objaw rozpoznawczy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). Autor zwraca uwagę na nieznany dotąd objaw, wskazujący na miejscowe ostre zajęcie otrzewnej, towarzyszące ostremu zapaleniu wyrostka robaczkowego. Mianowicie ból, powstający przy nagłem zwolnieniu ucisku na daną okolicę, przewyższa ból, odczuwany przy wywieraniu tego ucisku. Prosty ten, a wedle autora ważny objaw, zasługuje na sprawdzenie. *Dr M. Godlewski.*

Best. **W sprawie przebiegu klinicznego wrzodu okrągłego żołądka ze szczególnem uwzględnieniem kurczu odźwiernika i nadmiernego wydzielania soku żołądkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 27). Prócz innych powszechnie znanych objawów omawia autor także mniej znane objawy wrzodu żołądka. Ból przy dotykaniu nie pozwala na wnioski co do siedziby wrzodu. Wiadomo bowiem, że wrzody sadowią się bardzo często na krzywiźnie małej; otóż mimo, iż to miejsce ze względu na swe położenie nie może być uciśnięte, ból dotykowy przy tej siedzibie cierpienia istnieć może. Różnorodność klinicznych objawów tłómaczy się tem, że rozwijający się wrzód stosownie do swego położenia drażni raz więcej rozgałęzienia nerwów czuciowych, to znów ruchowych, to wreszcie wydzielniczych. Stosownie mało dotąd uwzględniano zmienioną nieraz w przebiegu wrzodu sprawność ruchową żołądka, oraz kształt żołądka, który częściej ulega zmianom, niż się to zwykle przyjmuje. Ujemnie na przebieg gojenia się wrzodu wpływa przedewszystkiem jego sadowienie się w odźwierniku (podobne są tu stosunki, jak przy szczelinie odbytu), niedowład żołądka, oraz rozdymanie skutkiem połykania powietrza. Połykanie to jest w związku z nadmiernem wydzielaniem się śliny, które, podobnie jak nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego, tłómaczyć sobie należy jako odruch, pochodzący z obnażonej powierzchni wrzodu. Ilości tego soku, wymiotowane nieraz przez chorego, mogą być znaczne, kwaśność jego może być niekiedy stosunkowo nieznaczną wskutek rozcieńczenia przez odruchowo nadmiernie się wydzielający śluz i ślinę. Sam wrzód usadowiony w odźwierniku lub sok żołądkowy, nadmiernie wydzielany, może wywoływać kurcz odźwiernika, który nie zawsze bywa bolesny. Kurczowo zaciśnięty odźwiernik może przy obmacywaniu sprawiać nawet wrażenie guza. Leczenie wewnętrzne może i przy usadowieniu się wrzodu w odźwierniku sprowadzić polepszenie; wyleczenie zapewnić może jedynie rękoczyn chirurgiczny. *Dr M. Godlewski.*

Neurologia.

A. Marie i Levaditis. **O odczynie niweczników (anticorps) kiłowych w porażeniu postępowem i wiądzie rdzenia.** (*Revue de médecine* 1907, Nr 7). Autorowie zastosowali odczyn Wassermana i Plauta do badania płynu mózgowo-rdzeniowego u 67 chorych i dochodzą do wniosku, że przypuszczalnie kiła przebyta sprowadza zmiany chorobowe w oponach mózgowo-rdzeniowych dość wybitneidopiero dzięki tym zmianom występuje właściwy odczyn. Niweczniki kiłowe gromadzą się w płynie mózgowo-rdzeniowym w miarę, jak porażenie postępowe się potęguje, a stwierdzić to można, próbując odczynu u różnych chorych w różnych okresach cierpienia, lub porównując różne okresy u jednego i tego samego chorego. Na ogół wyniki autorów wybitnie stwierdzają istotne znaczenie odczynu Wassermanna i Plauta. *Dr Blassberg.*

Prof. Narbut. **Przypadek tężyczki, wyleczonej nakłuciem lędźwiowem.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 27). 29. I. 1907. przywieziono do szpitala żołnierza, 20 lat liczącego, z typową tężyczką; do 5. II. napady tężyczki pojawiały się co 2 dni, od 5. II. do 9. II. codziennie. Wobec tego, że podczas niektórych napadów tętno zaledwie dało się wybadać, autor po uprzedniem bezskutecznem użyciu wszystkich zwykłych środków zastosował u chorego nakłucie lędźwiowe w przypuszczeniu, że osłabienie działania serca może zależeć od okresowego podniesienia się ciśnienia w kanale mózgowo-rdzeniowym; w tej też myśli utwierdzał autora brak odruchów kolanowych i nierównomierność źrenic przed i podczas napadu (zwężenie prawej źrenicy). 9. II. zrobił nakłucie lędźwiowe, przyczem wydobył 50 sz. ctm. przeźroczystego płynu. Ciśnienie płynu przewyższało 500 mlm.; przy badaniu bakteryologicznem płyn okazał się zupełnie jałowym. Po tym zabiegu ogólny stan chorego natychmiast się poprawił, a napady zupełnie znikły. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Graves W. **Znieczulenie dotykowe w połączeniu z przeczulicą bolową, ograniczone do otoczek brodawkowych obu sutków, jako nowe i prawdopodobnie stałe znamię histeryi.** (*Journ. of nerv. and ment. dis.* 1906 *oct.*). Gr. znajdował stale w histeryi obniżenie czucia dotykowego z równoczesną przeczulicą bolową na otoczce brodawkowej sutka. Zmiana czuciowa ograniczała się wyłącznie na otoczkę, kończąc się ostro w brzegu bezbarwikowym skóry. Gr. nie napotykał tego objawu u innych nerwowo chorych, ani u zdrowych. (Samo obniżenie czucia zdarza się koło brodawek sutkowych w przypadkach wiądu, na co, jako na bardzo cenny objaw początkowy wiądu, zwrócił był uwagę Halban; nie ma jednak we wiądzie tego znamiennego odgraniczenia zmiany czuciowej i brak w nim tego połączenia dwóch objawów, mającego cechować według Gr. histeryę: znieczulenia dotykowego z przeczulicą bolową. *Przyp. sprawozdawcy*). *Orzechowski* (Wiedeń).

Westphal. **O dotychczas prawdopodobnie nie opisanej jeszcze nieprawidłowości rozwojowej.** (*Arch. f. Psych.* T. 41, Z. 2). W. znalazł przypadkowo u chorej, która zmarła wśród gwałtownego przebiegu wczesnego ogłupienia przy niezwykłych objawach bardzo szybkiego upadku sił i złośliwej odleżyny, guz torbielowaty, wychodzący z ogonowego zdwojenia rdzenia kręgowego. Wnętrze torbieli wysłane było nabłonkiem migawkowym, jej ściana składała się z tkanki łącznej i licznych wiązek włókien mięśni gładkich. Guz był w ciągłym związku utkania z rdzeniem w miejscu, w którem odchodził od niego, nie zawierał jednak pierwiastków nerwowych. W miejscu przejścia guza w tkankę rdzenia, zawierała biała substancya powrózków tylnych wiązki mięśni gładkich. Druga część tego pozornego więc tylko zdwojenia rdzenia krzyżowego stanowiła bezpośrednie przedłużenie właściwego rdzenia i okazywała też nieprawidłowość rozwojową: rozszczepienie. Bonnet, który oglądał preparaty autora, uważał torbiel za nieprawidłową pozostałość jelita ogonowego. Z tem przetrwaniem tworu płodowego kojarzyło się zatem, jako druga nieprawidłowość, rozszczepienie rdzenia. Przypadek ten jest, zdaje się, jedynym w piśmiennictwie. *Orzechowski* (Wiedeń).

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

Opinia, wydana przez Najw. Radę zdrowia 13 marca 1906 co do ogólnych zasad ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych opiera się na porównaniu stosunków austryackich ze stosunkami i przepisami w innych państwach, a mianowicie w Belgii, Danii, Niemczech, Anglii, Francyi, Japonii, Holandyi, Norwegii, Szwecyi, Rumunii, Rosyi, Szwajcaryi, Serbii, Hiszpanii i na Węgrzech.

Referent Najw. Rady zdrowia wywodzi konieczność państwowej ustawy o chorobach zakaźnych z tych samych przesłanek, co referent ministerstwa. Wprawdzie zarządzenia przeciw chorobom zakaźnym w Austryi odpowiadają dzisiejszym wymaganiom nauki, a ich stosowanie sprawiło nawet w stałych siedliskach epidemii (t. j. w Galicyi, na Bukowinie i po części w Krainie) w ostatnich czasach zwrot nader pomyślny; niemniej jednak zarządzeniom tym brak dotąd podstawy prawnej i gdyby nie obawa ludności przed epidemiami takiemi, jak cholera lub mór, to zarządzenia władz przeciw tym epidemiom mógłby spotkać zarzut, że są bezprawne, przeciwne ustawie, oraz uzasadniony sprzeciw, a gdyby nie bezwzględne nieraz postępowanie władz, to zarządzenia te mogłyby pozostać bez skutku.

Istotnie bowiem państwowa ustawa sanitarna z r. 1870 zastrzega dla władz rządowych tylko wykonywanie ustaw o chorobach zaraźliwych (których to ustaw dotąd niema), epidemiach, endemiach i kwarantanach, kierownictwo spraw szczepienia, zarządzenie i wykonywanie obdukcyi policyjno-sanitarnych i nadzór nad oględzinami zwłok. W poruczonym zakresie działania mają gminy obowiązek przeprowadzać miejscowe zarządzenia dla ochrony przed chorobami zaraźliwemi i ich szerzeniem się, oględziny zwłok i mają współdziałać w komisyach sanitarno-policyjnych i przy szczepieniu. Najważniejsze natomiast zarządzenia zapobiegawcze przeciw chorobom zakaźnym (wspomniane już wyżej, a objęte § 3 a) ustawy z r. 1870) leżą we własnym zakresie działania gmin i w tym kierunku nie mają władze państwowe bezpośredniego wpływu na gminy.

W postanowieniach ogólnych zamierzonej ustawy o chorobach zakaźnych chybiałoby celu wymieniać poszczególne choroby, do których ona ma się odnosić, a to z tego powodu, że do takich chorób zalicza się stopniowo coraz więcej spraw i niewątpliwie z czasem jeszcze sporo ich przybędzie. Dlatego zaleca referent Najw. Rady zdrowia użyć w tej części ustawy tylko ogólnego określenia: »choroby zakaźne« lub lepiej »choroby przenośne na człowieka«, unikać zaś określenia: »choroby epidemiczne, nagminne«, bo dawna definicya »epidemii« (zachorowanie w jednej miejscowości kilku osób na tęsamą chorobę) jest nieścisła i niejasna, a zwalczanie epidamii może być skuteczne nie wtenczas, gdy ona już stała się »chorobą nagminną«, ale w samych początkach, przy pierwszym przypadku, coby przez użycie w ustawie określenia »choroba epidemiczna« było wyłączone. Jeżeli zamierzona ustawa ma być istotnie skuteczną, to powinna dać się zastosować tak do wszystkich chorób, dziś za zakaźne uznawanych, jak i do tych, które postęp nauki do zakaźnych kiedyś zaliczy. Ponieważ zaś przyczyny i sposoby szerzenia się tych chorób są rozmaite, przeto przepisy ustawy muszą być tak ułożone, aby mogły być zastosowane do rozmaitych okoliczności, czyli powinny ogólne postanowienia ustawy dostarczyć podstawy do wszystkich zarządzeń, potrzebnych przeciw poszczególnym chorobom.

Ustawa powinna: I. obejmować postanowienia ogólne, dotyczące zarządzeń przeciw chorobom zakaźnym w ogólności, II. dawać podstawę do szczegółowych przepisów o poszczególnych chorobach, III. dawać prawo władzom wykonawczym do zastosowania postanowień ustawy według potrzeby także wobec innych chorób, uznanych w przyszłości za zaraźliwe według orzeczenia Najw. Rady zdrowia.

A. Ogólne postanowienia zapobiegawcze.

Władzom państwowym musi być przyznany większy wpływ bezpośredni na te działy higieny publicznej, które dotąd oddane były we własny zakres działania gmin (higiena powietrza i gruntu, zaopatrzenie w wodę, usuwanie odpadków, higiena budowli i mieszkań i t. d.). Wpływ ten wtedy zwłaszcza jest konieczny, gdy usterki w tym zakresie zagrażają niebezpieczeństwem powstania szerzenia się chorób zakaźnych.

Nie wystarczy tutaj rozszerzyć prawo władz rządowych do wydawania zarządzeń, ale musi być nadto istotne wykonanie ich zapewnione, t. zn. musi być zorganizowana odpowiednia stała służba nadzorcza, lub przynajmniej jej zorganizowanie powinno być w ustawie przewidziane.

Dalej powinno być w postanowieniach ogólnych ustawy przyznane władzy prawo przeprowadzenia według jej uznania potrzebnych w danym razie szczególnych zarządzeń zapobiegawczych drogą przymusową. Zastrzedz należy, że zarządzenia te będą dokładnie oznaczone w przepisach o poszczególnych chorobach. Te postanowienia powinny być tak ułożone, aby dozwalały użyć władzy według jej uznania także takich środków zapobiegawczych, które mogą w przyszłości być jeszcze wynalezione.

B. Zarządzenia wobec istniejącego niebezpieczeństwa.

a) W stosunku do państw ościennych są one co do cholery i moru określone układami międzynarodowymi. Podobne zarządzenia byłyby wszelako wskazane i co do innych chorób zakaźnych, o ile to w stosunkach międzynarodowych będzie możliwe. W tym celu jednak konieczne jest wznowienie i wcielenie do ustawy dawnego przepisu, że władze nadgraniczne powinny posiadać wiadomości o stosunkach sanitarnych w sąsiednich częściach obcego państwa. Wśród środków, zapobiegających zawleczeniu choroby, za skuteczne uznać należy tylko rewizyę sanitarną i nadzór sanitarny nad przybyszami z zagranicy, zwłaszcza z okolic zakażonych, zakaz przywozu takich przedmiotów, które mogą przenosić zarazę (gałgany, odzież) i odkażanie lub niszczenie przedmiotów podejrzanych, a zakazem przywozu nieobjętych.

b) W granicach państwa obowiązują podobne zasady, jeżeli wybuchnie gdzieś choroba zakaźna, mogąca się szerzyć. Warunkiem skutecznego wkroczenia jest

1. Ustawowy obowiązek donoszenia, który powinien dotyczyć następujących chorób: ospa, płonica, błonica, dur brzuszny, osutkowy i powrotny, cholera azyatycka, nagminne zapalenie opon, gorączka połogowa, trąd, wąglik, nosacizna, wreszcie ukąszenia przez zwierzęta wściekłe, lub podejrzane. Ustawa powinna także uprawniać rząd do rozszerzenia obowiązku donoszenia (według opinii Najw. Rady zdrowia) i na inne choroby zakaźne. Obowiązek donoszenia powinien być nałożony na głowy rodziny, zwierzchników (w zakładach i t. p.) i lekarzy ordynujących (a dotyczyć to ma nietylko przypadków stwierdzonych, ale i podejrzanych), dalej na oglądaczy zwłok, położne (co do chorób położnic i noworodków), duchownych, wreszcie na każdego, kto się dowie, że o danym przypadku choroby zaraźliwej lub przenośnej jeszcze władzy nie doniesiono. Do przepisów wykonawczych do ustawy byłoby dobrze dołączyć pouczenie o objawach, budzących przypuszczenie choroby zakaźnej. Doniesienia, wolne od opłaty pocztowej, powinny być (w wyraźnie przez ustawę oznaczonym terminie i formie) składane lekarzowi gminnemu, bo przecie on powinien natychmiast wydać pierwsze zarządzenia, poczem ma ze swej strony donieść o przypadku chorobowym zarówno zwierzchności gminnej, jak i władzy politycznej. Gdyby obowiązek donoszenia rozciągnięto i na choroby weneryczne, wówczas trzebaby zawarować w ustawie tajemnicę lekarską.

2. Ponieważ donosić się ma także o przypadkach podejrzanych, przeto musi być określony sposób postępowania dla stwierdzenia rozpoznania. Pod tym względem nie można się dziś obejść bez obdukcyi sanitarno-policyjnych oraz badań mikroskopowych i bakteryologicznych, dokonywanych w zakładach, utworzonych umyślnie, bo niepodobna tem obarczać zakładów uniwersyteckich, nawet gdyby im dodano osobnych pomocników. Trzeba więc jaknajrychlej pomnożyć liczbę stacyi bakteryologicznych, połączonych z prosekturami, które powstać powinny przy większych szpitalach publicznych.

3. Ponieważ skuteczne odosobnienie chorych zakaźnych i ograniczenie swobody ruchu narusza głęboko swobodę osobistą i natrafia zazwyczaj na znaczne trudności i opór, dlatego powinna ustawa przynajmniej w zasadzie określić, w jaki sposób i pod jakimi warunkami nastąpić ma w razie potrzeby odosobnienie przymusowe. Do odosobnienia konieczne są odpowiednie lokale i urządzenia transportowe, dozwalające przewozić chorych z zachowaniem potrzebnych ostrożności. W tym celu zaleca referent Najw. Rady zdrowia tworzenie szpitali okręgowych (Bezirksspital) z salami izolacyjnemi i zakładanie magazynów szpitali przenośnych. Obecnie może władza polityczna żądać od gmin przygotowania lokalu izolacyjnego, stwierdzać, czy on odpowiada celowi, ale nie może zmusić gminy do utworzenia osobnego szpitala izolacyjnego. Ustawa powinna przeto określić, kiedy i w jakich warunkach mogą to władze gminom (bądź pojedynczym,

bądź ich grupom) nakazać. Również należy określić warunki, w których władza według swego uznania może opróżniać mieszkania po chorych zakaźnych lub usuwać zdrowych współmieszkańców, pozostawiając tylko chorego w mieszkaniu.

Jeszcze bardziej odczuwa ludność ograniczenie swobody ruchu, jak zakazy zebrań (odpustów, pielgrzymek, wieców), jarmarków, zamykanie przedsiębiorstw, a ponieważ takim zarządzeniom istotnie niedostaje podstawy prawnej, przeto ustawa zawierać powinna w tym względzie przynajmniej główne zasady. Trzeba też będzie tu rozważyć, czy i w jaki sposób i do jakiego stopnia ma być ograniczona swoboda ruchu osób, które stykały się z chorymi zakaźnymi. Nad osobami, u których się przypuszcza zakażenie, potrzebny jest przez czas, odpowiadający okresowi wylęgania się choroby, nadzór sanitarny bądź w ich mieszkaniach, bądź w szpitalach, przez i/e możności codziennie odwiedzającego je lekarza; — do tego zarządzenia trzeba w ustawie koniecznie wyraźną stworzyć podstawę. Przyjezdni z okolic zakażonych powinni być karani, jeżeli się nie zameldują władzy sanitarnej. Potrzebne są też w ustawie wyraźne przepisy, któreby zapobiegały szerzeniu się zarazy przez ruch kolejowy, okrętowy, portowy i t. d.

4. W szkołach powinny mieć co do chorób zakaźnych wpływ stanowczy władze sanitarne, ponieważ ani nauczyciele, ani Rady szkolne nie mogą nigdy ocenić, co w danym razie należy zarządzić. Wszak obecnie zamyka się szkoły zazwyczaj wtedy, gdy epidemia już znacznie się rozszerzyła, to jest zapóźno. Nie można tu więc polegać na władzach szkolnych, lecz trzeba wyraźnie zastrzedz prawo zarządzeń władzom sanitarnym; w tym celu konieczne jest ustanowienie lekarzy szkolnych.

5. Wywóz pewnych przedmiotów z miejscowości zakażonych w obrębie państwa powinien być zakazany, a zakaz ten dotyczyć ma nietylko gałganów, starej odzieży i t. d., ale także środków żywności, mogących szerzyć zarazę (np. mleko, jarzyny przy durze, mleko przy płonicy). Zakaz zbierania gałganów w miejscowości zakażonej w czasie epidemii powinien obowiązywać w całem państwie i trwać zawsze jeszcze przez odpowiedni okres po wygaśnięciu epidemii.

6. Zasługuje na rozwagę, czy nie należałoby w ustawie zastrzedz w pewnych przypadkach (choroby weneryczne, jaglica) także przymusowego leczenia chorych.

7. Ustawa powinna uprawniać władze do zarządzenia tępienia zwierząt, roznoszących zarazę (szczury przy morze i t. d.).

8. Co do zwłok wystarczyłoby postanowienie, że należy z nimi postępować według zarządzeń władzy, zastosowanych do okoliczności, że zwłoki zmarłych na choroby zakaźne należy odosabniać i składać w trupiarniach, nie wolno zaś ich wystawiać w mieszkaniach. Natomiast zupełnie niepotrzebny jest przepis, by zwłoki takie jak najrychlej grzebać. Oczywiście koniecznym warunkiem jest urządzenie wszędzie trupiarni i to takich, gdzieby zwłoki zakaźne można składać bez obawy dalszych zakażeń; gminy należy więc zobowiązać do budowy odpowiednich trupiarni (zawsze przy cmentarzach). Uroczyste pogrzeby, stypy, udział w nich dzieci i t. d. powinny być zabronione.

9. Sposobu, w jaki ma być przeprowadzane odkażanie, ustawa przepisywać nie może i nie powinna. Wystarczy przepisać w ustawie sam obowiązek odkażania, i to wszelkich przedmiotów, które się z chorym zakaźnym stykały, mieszkania i t. d. Reszta, t. j. określenie, jak, gdzie i kto ma odkażać, należy do rozporządzeń wykonawczych.

10. Ustanawianie lekarzy epidemicznych na koszt państwa, opłacanie przez państwo leków dla ubogich i t. d. (wogóle t. zw. »Epidemieverfahren«), powinno być, jako bardzo skuteczne, utrzymane nadal, a ustawa powinna wyraźnie brzmieć, że władza ma w miarę okoliczności wydać szczególne, dalej idące zarządzenia wobec szczególnie groźnego lub nagminnego wybuchu choroby zakaźnej.

11. Bardzo ważnem byłoby w ustawie określenie i odgraniczenie zakresu działania gmin, władz politycznych i ich lekarzy, oraz zadań ordynujących lekarzy praktycznych. Wykonanie zarządzeń władz politycznych pozostanie bowiem i nadal w ręku gmin; należy więc zapewnić zapomocą ustawy ścisłe i fachowe wykonanie tych zarządzeń, do czego potrzeba ustanowić surowy nadzór.

12. Organizacyę służby wywiadowczej możnaby natomiast w całości pozostawić rozporządzeniom wykonawczym.

13. Ogromną wagę ma uporządkowanie sprawy kosztów. Ustawa musi ściśle określać, które z kosztów tępienia chorób zakaźnych ma opłacać strona, które gmina, a które skarb państwa. Najbardziej odpowiednie celowi i najsłuszniejsze byłoby pokrywanie wszystkich kosztów, nie wyjmując kosztów asanacyi, przez państwo. Zalecałoby się wynagradzanie lekarzy prywatnych za każde doniesienie o chorobie zakaźnej. Uwzględnić tu też należy odszkodowanie stron za straty, poniesione wskutek zarządzeń władz, oraz wynagrodzenie lekarzy, współdziałających przy przeprowadzeniu tych zarządzeń, a do tego urzędowo nie obowiązanych.

14. Lekarze, nie pozostający w służbie państwowej, powinni otrzymać ze skarbu państwa emeryturę, jeżeli staną się niezdolni do pracy przy zwalczaniu chorób zakaźnych (»in Verwendung gegen Infektionskrankheiten«), a ich wdowy i sieroty w razie śmierci lekarza w czasie tej czynności (»während dieser Verwendung«).

15. Co do kar ograniczyć się należy do ocenienia przekroczeń ustawy według tego, czy przekroczenia są rzeczowo ważniejsze, lub mniej ważne. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. do 19. X. 1907 stwierdzono 18 przypadków duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie: w pow. Jarosław (Dunkowice 1), Jaworów (Zawadów 1), Rawa (Wulka mazowiecka 4), Rohatyn (Lubsza 1), Śniatyn (Dżurów 2), Stanisławów (Komarów 3), Stryj (Duliby 2), Zaleszczyki (Milowce 4). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 13. do 19. X. 1907 urodziło się dzieci żywo 67, nieżywo 9; zmarło osób 61 (w tem obcych 29), z nich z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 9 (6), płonicy 2 (1), gorączki połogowej 3 (3). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. do 19. X. 1907 było przypadków: odry 1, płonicy 7 († 1), duru brzusznego 1, krztuśca 2, błonicy 2, ospianki 4, róży 3. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. do 19. X. 1907 było przypadków: błonicy 10 † 3 (w tem obcych 6 † 1), krztuśca 7 (1), płonicy 33 † 2 (10), odry 4, duru brzusznego 5 † 2 (5 † 1), czerwonki 1, nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

† Dr Strawiński.

W Petersburgu zmarł dnia 21. b. m. jeden z najwybitniejszych członków kolonii polskiej, powszechnym otoczony szacunkiem, Dr Strawiński.

Dowodem poważania, jakiem Dr Strawiński był otoczony przez kolegów, był wybór Jego na pierwszego prezesa »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu, którą to godność do końca życia nieprzerwanie piastował.

Dr Leopold Glück.

(Wspomnienie pośmiertne).

Kiedy umiera człowiek, pochylony wiekiem, zmęczony pracą lat wielu i trudem tej pracy, uznać trzeba bez szemrania konieczność, co każe rodzić się i umierać. Ale gdy śmierć zabiera ludzi, co stoją w pełni męskiego wieku, żądnych jeszcze działania i pracy, to takie naturalne słowa: »Szkoda ich«. Temi słowy na ustach żegnać mi wypada jednego z bezpośrednich kolegów na obcej ziemi, zmarłego przed kilku dniami Dra Leopolda Glücka.

Jakkolwiek niespełna rok jeden patrzyłem na jego życie, to jednak dość było sposobności, aby poznać, jak było pracowite i to nawet wtedy, gdy podupadające coraz bardziej zdrowie i malejące siły krępowały jego działalność. Wspomnienie o tym zmarłym, to nie zwykły obowiązek koleżeński, to także obowiązek wobec człowieka, który życiem czynnem i pożytecznem zasłużył sobie na osobną kartę w nauce lekarskiej i w historyi lekarskiego rozwoju kraju, w którym pracował.

Leopold Glück urodził się w Nowym Sączu w r. 1854. Gimnazyum i uniwersytet ukończył w Krakowie. Po otrzymaniu dyplomu doktora medycyny w r. 1879, poświęcił się nauce chorób skórnych i wenerycznych i pracował w tym kierunku najpierw w Krakowie w szpitalu św. Łazarza na oddziale Zarewicza, później we Wiedniu u Hebry i Neumanna. W r. 1881 przeniósł się do Bośni na stanowisko lekarza powiatowego w Prnjaworze. To samo stanowisko zajmował kolejno w Foczy i w Trebinje. W r. 1883 został mianowany lekarzem okręgowym w Travniku, a w r. 1886 nadto lekarzem centralnego zakładu karnego w Zenicy. Na stanowisko lekarza okręgowego w stolicy kraju, w Sarajewie, powołano go w r. 1890. Urząd ten piastował niezbyt długo, gdyż już w r. 1894 widzimy go na stanowisku prymaryusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych w nowo założonym szpitalu krajowym w Sarajewie.

Poruczenie Glückowi tego stanowiska przez ówczesnego wielkorządcę Bośni, ministra Kallaya, wtedy, gdy inne oddziały otrzymywały kierowników z klinik wiedeńskich, świadczy samo przez się, że zmarły wybitne zajmował miejsce wśród lekarzy krajów okupowanych. Zajął zaś takie miejsce przez swoje ścisłe i sumienne badania i prace, przedewszystkiem w zakresie kiły i trądu.

O kile ogłosił Glück 18 większych i mniejszych rozpraw. Do ważniejszych należą: 1) Syphilitische Wirbelkaries (Wien. allg. med. Zeitung 1878). 2) O istocie przyrzutu szankrowego (Przegląd lekarski 1880). 3) Przyczynek do wiadomości o kile w Bośni i Hercegowinie (Przegląd lek. 1887 i Wien. med. Presse 1888). 3) Über das Alter, den Ursprung und Benennung der Syphilis in Bosnien und Herzegovina (Arch. f. Dermat u. Syphilis 1889). 4) Über die Behandlung der Syphilis mit hochdosierten intramusculären Sublimatinjectionen (Verh. d. V. Deutsch. Dermat. Congresses). 5) Die Behandlung der Lungensyphilis mit hochdosierten intramusculären Sublimatinjectionen (Wien. m. Presse 1897). 6) Zur Statistik der erworbenen Syphilis bei Kindern und jugendlichen Personen (Wien. med. Wochsch. 1898). 7) Erythema exsudativum multiforme bei Syphilis (Jahrb. des b. h. Landesspit. 1898). 8) Tabes dorsalis und Syphilis (Wien. m. Presse 1896) 9) Die volksthümliche Behandlung der Syphilis in Bosnien und Herzegovina (Wien. med. Presse 1898). 10) Zur Kenntnis der Kehlkopftuberkulose (Festschrift f. Prof. Neumann. Wien 1902). 11) Über die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und Herzegovina (Wien. med. Presse 1903). 12) Über die endemische Syphilis in Bosnien und Herzegovina (Verhandl. des VIII Deutsch. Dermat. Congr.).

Z prac Glücka, poświęconych kile, odniosła korzyść nietylko syfilidologia jako nauka. Większą wagę przypisać należy wpływowi ich na zorganizowanie systematycznego tępienia kiły, które obecnie jest w pełnym toku.

Poważniejsze niewątpliwie znaczenie naukowe mają prace Glücka o trądzie. Każda prawie przynosi nowe szczegóły, rozszerza wiadomości o tej chorobie, daje pogląd na jej pojawianie się w Bośni i Hercegowinie, oraz w przyległej Dalmacyi. Oto poczet tych prac: 1) Zur Differenzialdiagnose zwischen Lepra nervorum und Syringomyelie (Wien. med. Wochschft. 1893). 2) Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych. (Kraków 1900). 3) Przyczynek do historyi trądu w Polsce (Przegląd lek. 1897). 3) Die Lepra der oberen Athem- und Verdauungswege (Mitteilungen und Verhandlungen der internat. wissenschaft. Lepraconferenz. Berlin 1897). 5) Zur Kenntnis der Paraleprose (Lepra). (Bibliot. internat. I, 4). 6) Die Lepra der Ovarien (wspólnie z Drem Wodyńskim v. Arch. f. Dermat. u. Syphilis Bd. 67). 7) Kommt Lepra in Dalmatien vor? (Arch. f. Dermat. u. Syphilis Bd. 36). 8) Über zwei weitere Leprafälle aus Dalmatien (Arch. f. Dermat. u. Syphil. Bd. 57). 9) Über die dermalige Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Bosnien und Herzegovina (Lepra Bibl. internat. V, 1). 10) Lepra-Monographie (Bibl. der ges. med. Wissenschaften 1900). 11) O wczesnych objawach trądu (IX. Zjazd lekarzy i przyr. polskich 1900). 12) Über den Leprosen-initialaffect (Wien. med. Wochschft 1901). 13) Trąd męskiego narządu płciowego (Przegląd lekarski 1900 i Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 52). 14) Zur Kenntnis der Verbreitungsweise der Lepra (Wien. med. Wochschft. 1903). 15) Das Vorkommen von Lepra in Bosnien und Herzegovina (Verhandl. d VIII. Deutsch. Dermatol. 1903). 16) Über die Anwendung des Guberwassers in der Behandlung der Lepra (Lepra Bibliot. med. internat. I, 4). 17) Über die Ursache und Bedeutung der Eruptionen im Lepraprocesse (Dermat. Zeitschft. V, 3). 18) Zur Kenntnis der leprösen Affectionen an der Glans penis (Lepra Bibliot. internat. I, 2). 19) O trądzie większych żył skórnych (Przegląd lek. 1897).

Nie leży w ramach krótkiego wspomnienia, skreślonego niefachowem piórem, aby oceniać bogaty materyał, zgromadzony w pracach Glücka o trądzie. Ogólnikowo wszakże zaznaczyć wolno, że każdą publikacyę cechuje nietylko bystrość spostrzeżeń, ale także bardzo trzeźwe i sumienne ocenianie spostrzeganych zjawisk, jak niemniej zaznaczyć, że Glück był pierwszym, który zwrócił uwagę na tworzenie się guzków trądowych w żyłach i objaśnił w ten sposób zmiany miejscowe, przedewszystkiem w skórze, powstające skutkiem częściowego lub zupełnego zamknięcia światła żył. Jak bardzo ceniono prace Glücka o trądzie, dowodzi wielkie uznanie, którem się cieszył w gronie zawodowych badaczy i ogólnie dawane mu miano najlepszego z pośród spółczesnych znawców trądu. Ceniono go zresztą nietylko w Europie. Gdy przed kilku laty powstawał zakład dla trędowatych w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, zwrócono się do Glücka z poza oceanu z zapytaniem, czyby nie objął dyrekcyi tego zakładu.

Działania swego w Bośni nie zamykał Glück w ramach swojej lekarskiej specyalności. Chciał pracować wszędzie tam, gdzie praca potrzebną mu się zdawała. A jak bardzo wszechstronnie pojmował zadania lekarza w Bośni, jak szczerze imał się badań, mających na celu poznanie tego kraju pod względem lekarskim, dowodzą jego prace antropologiczne o plemionach zamieszkujących kraje wcielone przez okupacyę do Austryi. Jego to staraniem powstał oddział antropologiczny w muzeum krajowem, a takie prace, jak: »Zur physischen Anthropologie der Albanesen, Zur physiologischen Anthropologie der Zigeuner in Bosnien und Herzegovina, Beiträge zur physichen Anthropologie der Spaniolen, Crania bosniaca« i wiele innych przyczyniły się niemało do stworzenia dokładniejszego obrazu miejscowych plemiennych typów i do rozpowszechnienia wiadomości o rasowem pochodzeniu tubylców.

Oprócz tego ogłaszał Glück od czasu do czasu rozprawy z rozmaitych innych zakresów medycyny, bądź to kliniczne, bądź popularne. Z prac klinicznych wymienić należy: 1) Przypadek pierzchnicy czerwonej (Przegląd lekarski 1879). 2) Sylphium cyrenaicum przeciw dymienicom ostrym (Tamże 1887). 3) O twardzieli nosa (Tamże 1881). W zakres historyi medycyny wkraczają: 1) Ein Beitrag zur Contagienlehre der Syphilis im XVI Jahrhundert (Allg. Wiener med. Zeitung 1879). 2) Rozprawa Sebastyana Petrycego o kile (Przegląd lek. 1881). 3) Przyczynek do historyi trądu w Polsce (j. w.). 4) Gabryel Ayala o kile (Przegląd lek. 1898). 5) Rzut oka na dzieje trądu (j. w.). Medycyny publicznej dotyczy: Kilka uwag w sprawie reformy higienicznej szkół naszych (Przegląd lek. 1881). Do rzędu popularnych należy n. p. broszura, ogłoszona w języku krajowym, p. t.: »Jak należy chronić się przed kiłą«. Na osobną wzmiankę zasługuje jeszcze żmudna, a bardzo pożyteczna praca Glücka: »Słownik lekarskich wyrazów bośniackich«. Trzeba było istotnie wiele cierpliwości i wytrwałości, aby zebrać i uporządkować potrzebny do tego materyał, a potem objaśnić go należycie, zwłaszcza jeśli się uwzględni, że ludność tubylcza posługuje się nie jednolitym językiem, lecz bardzo wieloma narzeczami i że mieszkańcy różnych okolic często zaledwo zrozumieć się mogą. Słownik Glücka jest wobec tego dla lekarza nierzadko jedyną ucieczką i pomocą.

Obraz działalności zmarłego niebyłby zupełnym, gdybyśmy w nim pominęli współudział jego w organizatorskiej pracy lekarskiej w Bośni. Właściwym jej terenem była dla zmarłego krajowa Rada zdrowia, do której należał od r. 1896, t. j. od chwili jej utworzenia. W pracach tej Rady brał Glück bardzo wybitny udział, a wiele nowych urządzeń i rozporządzeń, zmierzających do poprawy zdrowotnych stosunków w kraju, miało swe źródło w jego inicyatywie.

Mniej może znaną, cichszą, ale nie mniej pożyteczną była praca Glücka w szpitalu na stanowisku kierownika całego zakładu. Rządy jego w dziedzinie administracyi szpitalnej odznaczał istotny ład, rozumna oszczędność i wielka praktyczność wszystkich zarządzeń. Tam, gdzie niejednokrotnie krzyżowały się zdania, gdzie się ze sobą sprzeczały żądania, trzeba było istotnie wiele bystrości i taktu, aby zadość uczynić istotnym potrzebom, a odmową nie urazić i nie zniechęcić nikogo. Że Glück starał się o to usilnie, dowodzi kilkakrotny jego wybór na dyrektora szpitala, wymowny objaw zaufania ze strony szpitalnych kolegów.

Wszechstronna działalność Glücka zjednała mu ogólne uznanie. Kilka Towarzystw lekarskich, jak Towarzystwo antropologiczne w Monachium, Tow. lekarzy serbskich w Belgradzie, Tow. lekarzy kroackich w Zagrzebiu, francuskie Tow. dermatologiczne i syfilidologiczne w Paryżu obdarzyło go godnością

członka honorowego; miasto Travnik zamianowało go swym obywatelem honorowym; rząd odznaczył go orderem Franciszka Józefa.

Pracowity żywot zmarłego, jak zresztą każdego człowieka, obdarzonego inicyatywą i żądnego czynu, nie był wolny od kolców i cierni. Wrażliwy i nerwowy z natury, odczuwał Glück boleśniej zapewne, aniżeli kto inny, to wszystko, co życie ciężkiego przynosi, odczuwał psychicznie i fizycznie. I ta wrażliwość była zapewne jednym z powodów jego długiej choroby serca i naczyń, która życie jego skróciła i przerwała pasmo dalszego działania. Szkoda go. Byłby mógł jeszcze niejedno zdziałać, mógłby był niejeden jeszcze rok być pożytecznym. Ale i to, co dane mu było dokonać, wystarczy, aby utrwalić imię jego na kartach działalności lekarzy w Bośni. Umierając mógł o sobie powiedzieć: *non omnis moriar*. Niech mu lekką będzie ta ziemia, na której najlepsze lata życia swego spędził, dla której wiele pracował. Niech mu pamięć i cześć i wdzięczność zachowa.

Prof. Dr L. Korczyński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Po kilkoletnich staraniach, ponawianych na różne sposoby, powiodło się w Krakowie doprowadzić do rozpoczęcia nauki odkażania dla służby miejskiej. »*Ducunt volentem fata, nolentem trahunt*«... Kurs takiej nauki odbył się właśnie w tych dniach, a przy egzaminie było można stwierdzić, że uczestnicy tego kursu w liczbie siedmiu, z przedmiotem tym i przyszłem zadaniem nietylko w teoryi, lecz i praktycznie należycie się zaznajomili. Godziłoby się tylko, by przy egzaminach bywali obecni, jak to się dzieje gdzieindziej, przedstawiciele różnych kół lekarskich, dla upewnienia ich o poczynionych postępach, a to tembardziej, że o miejskiej dezynfekcyi krążyły, zwłaszcza w ostatnich latach, rozmaite wieści. Nie były one bezpodstawne, skoro odkażanie wykonywała dotąd służba miejska bez żadnego przygotowania, czysto mechanicznie, nie mając pojęcia, o co właściwie chodzi, i skoro w miejskim zakładzie odkażania, zbudowanym przed dwudziestu laty, zaszły z biegiem czasu, a zwłaszcza wskutek błędnego pojmowania przeznaczenia tego zakładu, zmiany, które z celem zakładu pozostają w zupełnej sprzeczności. Skoro teraz nareszcie postarano się o kilku ludzi, ukwalifikowanych do dokonywania odkażania, to uzasadnioną jest nadzieja, że w tym, dotąd zaniedbanym dziale administracyi miejskiej nastąpi zmiana na korzyść; że sprawa budowy miejskiego szpitala epidemicznego znajdzie się nareszcie na porządku dziennym obrad właściwych gron; że nastąpi reorganizacya miejskiego biura sanitarnego, nad której potrzebą zbyteczna się rozwodzić, i że w tem biurze wprowadzone będzie odpowiednio długie urzędowanie; że nastąpi oddawna zapowiadane powiększenie liczby lekarzy miejskich o trzech, jak tego wymaga i ustawa i istotna potrzeba; że wreszcie od kilku lat zapowiadana organizacya nadzoru lekarskiego w szkołach miejskich przestanie być *pium desiderium*.

— W tych przypadkach chorób zakaźnych, w których umieszczenie chorych w odpowiednim szpitalu z jakichkolwiek powodów okazuje się niemożliwem, cenny jest każdy środek, zmierzający ku temu, aby choroba zakaźna się nie rozwlekała. Otóż w Krakowie podał, jak się dowiadujemy, lekarz miejski Dr Schaitter myśl, by rodzinę chorego w odpowiednich odstępach czasu zaopatrywać »z urzędu« w dwa płócienne chałaty, czyli wierzchnie okrycia, używane obecnie powszechnie w szpitalach, jeden dla osoby pielęgnującej chorego, drugi dla lekarza, który chorego odwiedza, aby podczas każdej wizyty mógł przywdziewać chałat tak, jak to się czyni w szpitalu. Co kilka dni powinien po używane chałaty zgłaszać się sługa z urzędu, zabierać je do odkażenia i do prania wraz z bielizną i pościelą z pod chorego, pozostawiając natomiast w mieszkaniu chorego chałaty czyste. Projekt ten przedłożył Dr Schaitter magistratowi, przyczem poruszył też myśl, aby tak w mieszkaniu chorego, jak niemniej w mieszkaniach sąsiadów, pozostawiano w przypadkach chorób zakaźnych w mieście odpowiednie drukowane pouczenia o chorobie rozpoznanej. Postępowanie takie, zwłaszcza w przypadkach płonicy i innych ostrych osutek, byłoby bardzo pożądane; przyczyniałoby się ono do usuwania tak licznych jeszcze mylnych zapatrywań na choroby zakaźne i panujących pod tym względem przesądów. Miejska komisya sanitarna niewątpliwie poprzeć powinna wnioski Dra Schaittra, a innowacya ta powinna się przyjąć i w innych miastach. Wiadomości o chorobach zakaźnych, wydrukowane na osobnych kartkach, możnaby użyć we wszystkich miastach, bez szkody dla przedmiotu mógłby bowiem tekst tych objaśnień być zupełnie jednakowy.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 8. X. opinię co do podwyższenia taks za leczenie w szpitalach w Przemyślu, Gorlicach, Turce i Kałuszu, przedstawiła kandydatów na 2 posady starszych lekarzy powiatowych, zaleciła urządzenie na stacyi w Chodorowie szpitalika cholerycznego dla przejezdnych, nadała stypendyum z fundacyi Rappaporta słuch. med. Lautersteinowi we Lwowie, wydała opinię w sprawie ujednostajnienia taks za leczenie dzieci w całej Austryi, w sprawie planów kolonii poprawczej dla nieletnich przestępców i przydatności majątku Przedzielnica w pow. Dobromilskim na tę kolonię, w sprawie planów i gruntu pod szpital w Horodence i wreszcie w sprawie urządzenia prywatnej lecznicy dla zwierząt w Krakowie. — Na posiedzeniu w d. 19. X. przyjęto do wiadomości sprawozdanie o stanie cholery w Rosyi, o zarządzeniach, zapobiegających zawleczeniu zarazy do Galicyi, uchwalono postanowienia co do tłumienia cholery w razie zawleczenia jej do kraju; uznano płonicę w Krakowie za epidemię, wobec czego powinien być w Krakowie otwarty miejski szpital epidemiczny.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lek. wschodnio-galicyjskiej w d. 7. X. omówiono szereg spraw honorowych, wydano opinię o kandydacie na znawcę sądowego i załatwiono kilka spraw drobniejszych, na posiedzeniu zaś w d. 15. X. ukończono drugie czytanie projektu nowego regulaminu Izby wedle referatu Dra Papéego.

— Na ostatniem swem posiedzeniu uchwalił Sejm dla uczczenia 60-tej rocznicy rządów Franciszka Józefa I. założyć kolonię poprawczą dla nieletnich przestępców kosztem $1\frac{1}{2}$ miliona koron. Uchwała ta, jak podaje »Tygodnik lekarski« (42) jest w związku z dawniejszym już zamiarem założenia takiej osady na 150 chłopców w Przedzielnicy w pow. Dobromilskim.

— Dyplom doktorski otrzymał na Wydziale lekarskim lwowskim p. Lippe Pfau, rodem ze Lwowa.

— W Przemyślu powstaje koncesyonowany przez ministerstwo zakład badania środków spożywczych p. Rożańskiego, chemika miejskiego.

Warszawa. Odkąd z ustaniem wykładów w uniwersytecie warszawskim i szkoła felczerska również przestała być czynna, toczyły się u nas żywe rozprawy nad przekształceniem tej szkoły. Większość lekarzy była za zupełnem zniesieniem stanu felczerskiego, felczerzy znowu dążyli do tego, by szkoła dawała im prawa do stopnia pomocnika lekarskiego. Rada lekarska w Petersburgu oświadczyła się przeciw przekształceniu szkół felczerskich na średnie zakłady naukowe, przeciw dopuszczeniu felczerów do egzaminów na Wydziałach lekarskich, do samodzielnej praktyki lekarskiej i sądowo-lekarskiej. Natomiast opinię przychylną wydała Rada co do przyznania tym z pośród felczerów, którzy odbyli trzyletnią praktykę w szpitalach, prawa do zapisywania środków aptecznych z wyjątkiem środków, silnie działających, oraz do wykonywania operacyi z zakresu małej chirurgii, bez usypiania.

W Petersburgu podjęto myśl założenia katolickiego stowarzyszenia Sióstr Miłosierdzia św. Ducha. »Czerwony krzyż« natychmiast ogłosił, że bez jego kontroli tego rodzaju instytucye powstawać w państwie nie powinny. Władze jednak uznały ten pogląd za nieuzasadniony i wydały opinię przychylną, jest więc nadzieja, że ministeryum zatwierdzi statut Sióstr św. Ducha.

W czytelni Towarzystwa lekarskiego warsz. dawniej znajdowały się wszystkie omal czasopisma lekarskie polskie; dzisiaj znajdują się tylko dwa, (nadsyłane bezpłatnie), ponieważ z powodu złego stanu funduszów zaprowadzono i w tym dziale oszczędności. Otóż według mego zdania jest to oszczędność posunięta trochę za daleko. Jakież bowiem inne instytucye naukowe, jeżeli nie Towarzystwa lek. polskie, mogą nam dawać dokładny obraz całego naszego dorobku naukowego na polu lekarskiem?

Jak bardzo w Warszawie rozwielmożniła się ospa, sądzić można chociażby z tego, że w samym tylko szpitalu zakaźnym św. Stanisława na Woli jest dziś chorych na ospę 70.

Mieszkańcy przedmieść Warszawy, w których niema dotychczas ani wodociągów i kanalizacyi, ani nawet najprostszych higienicznych urządzeń, wnieśli do magistratu miasta wobec grozy coraz bardziej zbliżającej się epidemii cholery prośbę, by miasto podjęło środki do podniesienia warunków zdrowotnych tych przedmieść. *Dr L.*

— W Łodzi odbyć się ma w marcu 1908 wystawa dentystyczna.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia »Koła lekarzy polskich« w Petersburgu w d. 9/21. X. 1907: 1) Dr Z. Biron: »Kilka słów o znaczeniu klinicznem nerki podkowiastej«. 2) Dr W. Święcicki: »O funkcyonalnej dyagnostyce przy chorobach nerek«. — Nadto omówioną być miała sprawa rozpoczęcia działalności »Związku Lekarzy i Przyrodników Polskich w Petersburgu« oraz sprawa udziału przyrodników w »Związku«.

— Na wydziałach lekarskich austryackich było w półroczu letniem b. r. 3,100 słuchaczy. Po Wiedniu (1,441) zajmował drugie miejsce Kraków (471, z tego 422 słuchaczy zwyczajnych, 32 słuchaczki zwycz., 4 słuchaczy nadzw., 13 hospitantek), poczem następują Praga — wydział czeski (373), Graz (267), Praga — wydział niemiecki (214), Lwów (184), w końcu Insbruck (150).

— Na wszystkich wszechnicach rosyjskich rozpoczęły się prawidłowe wykłady przy niezmiernym napływie słuchaczy, zwłaszcza na wydziały lekarskie.

— Ruch w kierunku stworzenia szkół nowego typu, uwzględniającego fizyczny rozwój młodzieży i indywidualność wychowanków, który w Anglii i we Francyi wytworzył kilka słynnych zakładów, a u nas od niedawna się krzewi, przeniósł się obecnie do Niemiec, gdzie powstanie wkrótce pierwsza państwowa szkoła tego rodzaju pod Berlinem w Dahlem. Według »Münch. med. Wochenschrift« (42), będzie to zakład wyposażony znakomicie. Zajmie on przeszło 25 morgów, na których prócz właściwej szkoły stanie szereg dworków, a w każdym z nich zamieszka 15 uczniów pod opieką jednego nauczyciela i jego pomocnika. Prócz zabaw ruchowych zaprowadzone będą w zakładzie warsztaty szkolne (u nas założone już w Krakowie przez ś. p. Jordana) i t. d.

— Nowy szpital kosztem 10 milionów koron postanowiła dla uczczenia 60-tej rocznicy panowania cesarza austryackiego ufundować Rada m. Wiednia.

— Kliniki berlińskie mają otrzymać kolejno nowe pomieszczenie. O koszcie tego przedsięwzięcia daje wyobrażenie suma $1^3/_4$ miliona marek, przeznaczona na budynki i urządzenia samej tylko II kliniki lekarskiej, obejmować mającej 150 łóżek.

— Międzynarodowe Towarzystwo urologiczne, zawiązane w Paryżu 8. X. pod przewodnictwem Guyona, Israela i Harrisona, odbędzie swój pierwszy zjazd w październiku 1908.

Zmarli: Dr Józef Madejski, dyrektor szpitała w Przemyślu; Dr Jakób Gutwein w Warszawie; Dr Piotr Bortnowski w Warszawie w 47 r. ż.; Dr Adam Rodziewicz, lekarz obwodu w Tyraspolu w 82 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 30. października o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Krzyształowicz i Prof. Siedlecki: Demonstracya małpy, dotkniętej zaszczepioną kiłą. 2) Dr Radliński: Modyfikacye operacyi Bassiniego i operacyi żylaka powrózka nasiennego (varicocele) w związku z wynikami badań nad tętnicami jądra.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Tow. lekarzy galic. we czwartek dnia 24. października 1907 o godzinie 6 wieczór w szpitalu powszechnym w Jarosławiu. Na porządku dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Zawadzki. 2) O migrenie ocznej, kol. Dr Turzański. 3) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

Z Wydziału sekcyi jarosławskiej T. l. g.

Dr Puzon,	*Dr Feldmann,*	*Dr Czyżewicz,*
sekretarz nauk.	sekretarz administracyjny.	przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kąpiele „Formica“ (Dr J. Weihs: »Kohlensäurebäder in der Herzterapie«. Aerztl. Centralztg. 1907, Nr 26). Kąpiele z kwasu węglowego, przystępne dotąd dla zamożnych pacyentów, obecnie dzięki kąpielom »Formica« zostały uprzystępnione szerszemu ogółowi. Dodanie eterycznych olejków, tanniny, soli żelazowych i manganowych, igieł sosnowych i t. d. dało możność różnych specyalnych zastosowań tych kąpieli. Dr Weihs poleca je przy leczeniu neurastenii, histeryi, anemii, skrofulozy, chorób kobiecych i gośćca. Piśmiennictwo i próbki przez: Ges. f. chem. u. pharm. Produkte Dr Adler u. Wild, Wien III, Marxerg. 17. *Ztr.*

Izoform, antyseptyczną pastę do zębów poleca w kuracyi rtęciowej przy stomatitis mercurialis Dr Siebert na podstawie swoich obszernych badań w klinice Neissera. Jestto środek dobry do pielęgnowania jamy ustnej wogóle, a zwłaszcza dla syfilityków. (Dr K. Siebert »Deut. med. Wochs.« 1907, Nr 7). Piśmiennictwo i próbki przez: Ges. f. chem. u. pharm. Prod. Dr Adler u. Wild, Wien III, Marxerg. 17. *Ztr.*

Jodofan (Dr J. Rosner w »Oester. Aerzt. Ztg. 1907, Nr 14) jest to środek zastępujący jodoform. Działanie jego stwierdzono bakteryologicznie i klinicznie. Jodofan nietylko zastępuje, lecz przewyższa jodoform dzięki swemu działaniu powstrzymującemu wzrost bakteryi, swej bezwonności, brakowi smaku i brakowi działania trującego. Nie drażni powierzchni ran, skóry i błon śluzowych. Wskazania: Przy ranach wydzielających, które należy posypywać bardzo cieniutko ze względu na silne działanie bakteryobójcze, przez co unika się strupa, powstrzymującego wydzielinę. Otoczenie rany natomiast należy pokrywać grubą warstwą jodofanu. Udaje się przez to przy sprawach nawet silnie zakaźnych uczynić wydzielinę nieszkodliwą i uniknąć ich rozszerzania się. Ranę pokrywa się zwykłym opatrunkiem suchym, względnie wilgotnym, do którego z korzyścią używa się gazy jodoformowej. (Najlepiej sprowadzać ją gotową z Chem. Institut Dr Horowitz, Berlin). Po nacięciu wrzodzianek zauważył autor szybkie gojenie się przy takiem postępowaniu, nigdy zaś nie spostrzegał zakażenia lub wyprysku. Wrzód miękki, posypany cienką a otoczony grubą warstwą proszku jodofanowego szybko w 8 przypadkach się zgoił. W przypadku wrzodu miękkiego uważa autor jodofan za wiele lepszy środek przeciwgnilny, niż inne. Rany cięte i szarpane nadają się szczególnie do leczenia jodofanem. Wielkie korzyści według autora przynosi stosowanie jodofanu przy owrzodzeniach pomiędzy fałdami odbytu, w zagłębieniach pachowych, na skórze między prąciem a workiem mosznowym, pomiędzy tym ostatnim a udami i t. d. Jodofan zapobiega zakażeniu przez zetknięcie i sprowadza przez to szybkie wyzdrowienie. *Hr.*